

## EDUCATIONAL GRANT AGREEMENT

This Agreement is entered into between Medtronic and the Institution on the Agreement Date.

### 1. BACKGROUND

Medtronic's Mission to alleviate pain, restore health, and extend life is promoted by supporting many stakeholders in healthcare through financial support for educational purposes. As part of its role and in confirmation of the Institution's request dated 24.4.2019 Medtronic agrees to provide, and the Institution wishes to accept, the Grant for the purpose stated below, subject to the Agreement Details and Terms and Conditions set out in this Agreement.

### 2. AGREEMENT DETAILS

## SMLOUVA O GRANTU NA VZDĚLÁVÁNÍ

Tato Smlouva se uzavírá mezi společností Medtronic a Zdravotnickým zařízením k Datu uzavření smlouvy.

### 1. VÝCHOZÍ SITUACE

Poslání společnosti Medtronic, tedy „ulevovat od bolesti, obnovovat zdraví a prodlužovat život“, realizujeme tím, že poskytujeme finanční podporu pro vzdělávací účely. Společnost Medtronic si jako součást své role a jako potvrzení žádosti Zdravotnického zařízení ze dne 24.4.2019 přeje poskytnout – a Zdravotnické zařízení souhlasí s tím, že přijme – Grant pro účel dohodnutý níže, a to dle Podrobných údajů o smlouvě a za podmínek v této Smlouvě stanovených.

### 2. PODROBNÉ ÚDAJE O SMLOUVĚ

<b>Agreement Date / Datum uzavření smlouvy</b>	Tato smlouva je platná a účinná dnem podpisu oběma stranami. V případě, že smlouva podléhá uveřejnění v registru smluv, je účinná dnem uveřejnění v registru smluv		
<b>Medtronic entity (Providing the Grant) / Subjekt Medtronic (poskytující Grant)</b>	Medtronic Czechia s. r. o.		
Name / Název:			
Company Number / Číslo společnosti:	CZ699005618		
Address / Adresa:	Prosecká 852/66, 190 00 Praha 9		
Contact person / Kontaktní osoba:	Marcela Brožová		
<b>Institution (Receiving the Grant) / Zdravotnické zařízení (přijímající Grant)</b>	<b>Type of Institution receiving the Grant / Typ zdravotnického zařízení přijímajícího Grant:</b>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Health Care Organisation (HCO) / Zdravotnická organizace	<input type="checkbox"/> Professional Association / Society / Odborná asociace / společnost	<input type="checkbox"/> Registered Charity / Dobročinná společnost
Name / Název:	Fakultní Nemocnice Hradec Králové		
Company Number / Číslo společnosti:	IČO 001779906		
Address / Adresa:	Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové – Nový Hradec Králové		
	where required, Institution provided copies of the license / articles of association / other governmental verification of the Institutions' legal status		

	Pokud se to požaduje, poskytlo Zdravotnické zařízení kopie licence / stanov / jiného úředního právního statutu Zdravotnického zařízení		
Contact Person / Kontaktní osoba:	Bc. Hanušová		
<b>Grant</b> <i>Tick correct box / Grant Zaškrtněte správné políčko</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Educational Event arranged by Institution / Vzdělávací akce pořádaná Zdravotnickým zařízením <input type="checkbox"/> * Scholarship or Fellowship / Studijní nebo vědecké stipendium		
<b>Grant</b> <i>Tick correct box Details / Grant Zaškrtněte správné políčko Podrobné informace</i>	<b>Type of Grant / Typ Grantu</b>	<b>Currency / Měna</b>	<b>Total Amount / Celková částka</b>
	* Monetary / Finanční prostředky	CZK	78 435
<b>Tick this box to confirm that this Grant will include Equipment / Pokud tento Grant zahrnuje Vybavení, potvrďte tuto skutečnost zaškrtnutím tohoto políčka</b> <input type="checkbox"/> Equipment provided / Poskytnuté Vybavení: Describe / popište			
<b>Tick this box to confirm that this Grant will not be used for activities taking place in a sanctioned country and/ or cover HCOs from a sanctioned country (see section 6 in the Terms and Conditions). / Zaškrtněte toto políčko pro potvrzení, že tento Grant nebude použit na akce, které se konají v zemi podléhající sankcím a/nebo pro Zdravotnickou organizaci ze země podléhající sankcím (viz článek 6 Podmínek).</b> <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>EDUCATIONAL GRANT / GRANT NA VZDĚLÁVÁNÍ</b>			
Educational Grant Purpose / Účel Grantu na vzdělávání	<b>Tick this box to confirm that this Grant will cover Health Care Professional (HCP) attendance costs at a Third Party Event. / Zaškrtněte toto políčko jako potvrzení, že tento Grant bude použit na úhradu nákladů na účast zdravotnického odborníka na Akci pořádané třetími osobami.</b> <input type="checkbox"/>		
	<b>General / Všeobecná ustanovení</b> At no time will Medtronic be involved in the selection of individual beneficiaries (HCPs) of the Grant. / Společnost Medtronic se nikdy nezapojuje do výběru jednotlivých osob – zdravotnických odborníků – čerpajících podporu v rámci Grantu.		
	<b>Scholarship or Fellowship Grant / Grant na studijní nebo vědecké stipendium</b> The Grant is to support a fellowship for the specialty education of healthcare Professionals in the area of thoracic surgery. Grant slouží k podpoře Vědeckého stipendia pro specializované vzdělávání zdravotnických odborníků v oblasti hrudní chirurgie.		
	<b>DELIVERABLES: PŘEDMĚTY PLNĚNÍ:</b> The Institution will, in consideration for the Grant, and at no additional cost or expense to Medtronic / Zdravotnické zařízení poskytne výměnou za Grant a bez dodatečných nákladů nebo výdajů pro společnost Medtronic dále uvedené:  <b>Scholarship/Fellowship Grant / Grant na studijní nebo vědecké stipendium</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ensure that the subject matter of the Institution's medical training and education is in alignment with the purposes of this Agreement / zajistí, aby předmět lékařského vzdělávání a školení pořádaného Zdravotnickým zařízením/Třetí osobou byl v souladu s účelem této Smlouvy;</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>inform Medtronic of the recipient of the Grant, once awarded / <i>informuje společnost Medtronic o příjemci Grantu, jakmile jej bude znát;</i></li> <li>provide evidence to Medtronic upon the commencement of the Fellowship / <i>po zahájení Vědeckého stipendia předloží společnosti Medtronic podklady ve vztahu k:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>the medical training and education undertaken by the HCP / <i>lékařskému vzdělávání a školení, které podstoupil zdravotnický odborník;</i></li> <li>the experience and skills gained by the HCP from such training and education / <i>zkušenostem a dovednostem, které zdravotnický odborník z takového vzdělávání a školení získal.</i></li> </ul> </li> </ul>												
<b>PAYMENT / ÚHRADA</b>													
<b>Payment Terms / Platební podmínky</b>	<p>Payment will be made within 30 days of the date of the signing of the Agreement by all parties and upon Medtronic's receipt of an invoice. / <i>Platba bude provedena do 30 dnů od data podpisu této Smlouvy všemi smluvními stranami a od obdržení faktury společností Medtronic.</i></p> <p>The Institution agrees that it shall either / <i>Zdravotnické zařízení souhlasí s tím, že buď:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ensure that any residual or excess monies that are not used for the Grant Purpose are used in a manner consistent with the Grant Purpose or are used for another event in line with the Terms and Conditions of this Agreement / <i>zajistí, aby jakýkoli zbytek nebo přebytek finančních prostředků, který nebude využit na Účel Grantu, byl využit způsobem, který je v souladu s Účelem Grantu, nebo byl použit na další akci v pořadí v souladu s Podmínkami této Smlouvy.</i></li> </ul> <p>Or/nebo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>repay to Medtronic the excess monies not used for the Event / <i>vrátí společnosti Medtronic přebytek finančních prostředků, které nebyly na Akci použity.</i></li> </ul>												
<b>Recipient and Method of Payment / Příjemce a způsob úhrady</b>	<p>Payment under the Grant will be paid by electronic funds transfer into the Institution's designated account as follows / <i>Platba v rámci Grantu bude uhrazena elektronickým převodem na určený účet Zdravotnického zařízení takto:</i></p> <p><b>Institution's Bank Account Details / Podrobné údaje o bankovním účtu Zdravotnického zařízení</b></p> <table> <tr> <td>Account holder / <i>Majitel účtu:</i></td> <td>Fakultní Nemocnice Hradec Králové</td> </tr> <tr> <td>Bank / <i>Banka:</i></td> <td>Česká Národní Banka</td> </tr> <tr> <td>Account Number / <i>Číslo účtu:</i></td> <td>20001-24639511/0710</td> </tr> <tr> <td>Sort / <i>SWIFT Code / Bankovní kód / SWIFT kód:</i></td> <td>CNBACZPP</td> </tr> <tr> <td>IBAN:</td> <td>CZ0907100200010024639511</td> </tr> <tr> <td>Reference / <i>Poznámka:</i></td> <td>educational grant</td> </tr> </table>	Account holder / <i>Majitel účtu:</i>	Fakultní Nemocnice Hradec Králové	Bank / <i>Banka:</i>	Česká Národní Banka	Account Number / <i>Číslo účtu:</i>	20001-24639511/0710	Sort / <i>SWIFT Code / Bankovní kód / SWIFT kód:</i>	CNBACZPP	IBAN:	CZ0907100200010024639511	Reference / <i>Poznámka:</i>	educational grant
Account holder / <i>Majitel účtu:</i>	Fakultní Nemocnice Hradec Králové												
Bank / <i>Banka:</i>	Česká Národní Banka												
Account Number / <i>Číslo účtu:</i>	20001-24639511/0710												
Sort / <i>SWIFT Code / Bankovní kód / SWIFT kód:</i>	CNBACZPP												
IBAN:	CZ0907100200010024639511												
Reference / <i>Poznámka:</i>	educational grant												
<b>Special Conditions / Zvláštní podmínky</b>	None/nejsou												
<b>Territory / Území</b>	Czech republic												

**Execution / Podpisy**

The undersigned representative represents and warrants that he/she is fully authorised to act on behalf of the Institution with regard to this Agreement and its subject matter, without further approval. / *Niže podepsaný zástupce prohlašuje a zaručuje, že je plně oprávněn/a bez dalších schválení jednat ve vztahu k této Smlouvě a jejímu předmětu v zastoupení Zdravotnického zařízení.*

<b>Fakultní Nemocnice Hradec Králové</b> Signature / Podpis:  Name / Jméno:  Date / Datum: <u>29/07/2019</u> Title: Authorised Representative / Funkce: zmocněný zástupce	<b>Medtronic Czechia s.</b> Signature / Podpis:  Name / Jméno: <u>Mgr. Michal Vondraš, MBA</u> Date / Datum: <u>24/5/2019</u> Title: Authorised Representative / Funkce: jednatel společnosti
--	---

In this Agreement reference to the "MedTech Code" shall mean the MedTech Europe Code of Business Practice and "CVS" shall mean the Ethical MedTech Conference Vetting System MedTech Europe, Code of Business Practice [http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource\\_items/files/MTE\\_Code\\_of\\_Ethics.pdf](http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MTE_Code_of_Ethics.pdf). Ethical MedTech Conference Vetting System <http://www.ethicalmedtech.eu/>

V této Smlouvě odkaz na „Kodex Medtech“ znamená Kodex pro obchodní postupy společnosti MedTech Europe a „CVS“ znamená Ethical MedTech Conference Vetting System společnosti MedTech Europe, Kodex pro obchodní postupy [http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource\\_items/files/MTE\\_Code\\_of\\_Ethics.pdf](http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MTE_Code_of_Ethics.pdf), Ethical MedTech Conference Vetting System <http://www.ethicalmedtech.eu/>