

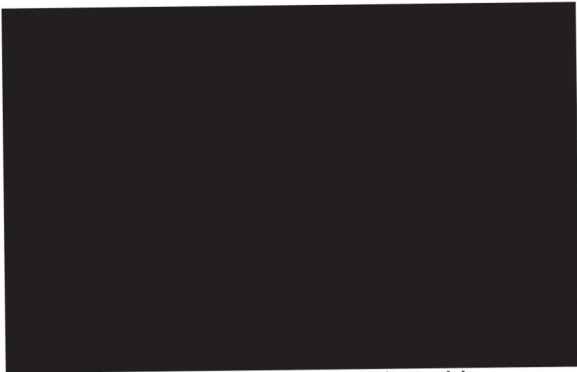
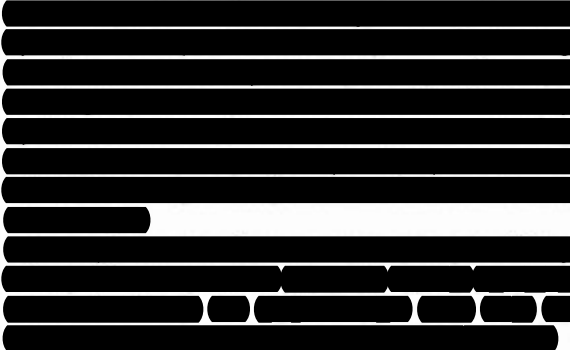



EXHIBIT A	PŘÍLOHA A
TERMS OF PAYMENT	PLATEBNÍ PODMÍNKY
As consideration for performance under the terms of this Agreement, the SPONSOR or the CRO on behalf of the SPONSOR shall provide financial remuneration for the Study to the INSTITUTION as follows:	Jako protihodnotu za plnění v souladu s podmínkami této smlouvy poskytne ZADAVATEL nebo CRO jménem ZADAVATELE INSTITUCI finanční odměnu za studii, a to následovně:
	<input type="checkbox"/> 
The parties acknowledge and agree that the INSTITUTION's payment information designated below is proper for this Agreement, and the INSTITUTION is authorized to receive all of the payments for the services performed under this Agreement. The institution's obligation to reimburse the INVESTIGATOR, if any, is determined by a separate agreement between INSTITUTION and INVESTIGATOR, which may involve different payment amounts and different payment intervals than the payments made by the SPONSOR or the CRO, on behalf of SPONSOR, to INSTITUTION. INVESTIGATOR acknowledges that if he/she is not the payee, SPONSOR and/or CRO will not pay INVESTIGATOR even if the INSTITUTION fails to reimburse INVESTIGATOR.	Smluvní strany berou na vědomí a souhlasí s tím, že níže uvedené platební údaje INSTITUCE jsou správné pro tuto smlouvu, a INSTITUCE je oprávněna přijímat veškeré platby za služby poskytované na základě této smlouvy. Povinnost instituce vyplatit ZKOUŠEJÍCÍHO, pokud existuje, je určena samostatnou smlouvou mezi INSTITUCÍ a ZKOUŠEJÍCÍM, která může zahrnovat jiné výše plateb a jiné intervaly výplat než u plateb prováděných INSTITUCÍ ZADAVATELEM nebo CRO jménem ZADAVATELE. ZKOUŠEJÍCÍ bere na vědomí, že pokud není příjemcem platby, ZADAVATEL a/nebo CRO nebudou ZKOUŠEJÍCÍMU platit, ani když INSTITUCE ZKOUŠEJÍCÍMU nezaplatí.
Electronic Payment Information:	Údaje pro elektronickou platbu:

BANK AND ADDRESS/ BANKA A ADRESA:	ČSOB, Jeremenkova 42, 772 00 Olomouc
ACCOUNT NAME/ NÁZEV ÚČTU:	
BANK ACCOUNT HOLDER ADDRESS/ ADRESA DRŽITELE BANKOVNÍHO ÚČTU:	Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
SORT CODE/ SMĚROVÝ KÓD BANKY:	
ACCOUNT NUMBER/ ČÍSLO ÚČTU:	151203067/0300
IBAN No/ IBAN:	IBAN CZ83 0300 0000 0001 5120 3067
Bank Identifier Code/ SWIFT Code/ Identifikační kód banky / kód SWIFT:	BIC CEKO CZPP
VAT No/ DIČ:	CZ27661989

Clinical Trial Agreement (Czech Republic)/Smlouva o provedení klinického hodnocení (Česká republika)
 Clovis Oncology, Inc. Protocol No: CO-338-087/Clovis Oncology, Inc. Protokol č.: CO-338-087

Investigator:  Page/Strana 39 of/ z 44

<p>The costs set forth hereunder are exclusive of VAT. Any VAT or other sales tax, exchange fees or bank fees, if applicable may be reverse charged and shall be the responsibility of the SPONSOR or INSTITUTION, as applicable. In no event will CRO be responsible for any VAT or other sales tax incurred by INSTITUTION or SPONSOR hereunder.</p>	<p>Výše uvedené náklady jsou bez DPH. Jakákoli DPH nebo jiná daň z prodeje, poplatky za výměnu nebo bankovní poplatky mohou být v případě potřeby naúčtovány zpět a ponese za ně, dle okolností, odpovědnost ZADAVATEL nebo INSTITUCE. CRO v žádném případě nese odpovědnost za jakoukoli DPH nebo jinou daň z prodeje, která vznikla INSTITUCI nebo ZADAVATELI na základě této smlouvy.</p>
<p>1. Payment Schedule.</p> 	<p>1. Harmonogram plateb.</p> 
<p>b. SPONSOR or CRO on behalf of the SPONSOR will reimburse the INSTITUTION on a quarterly basis, in accordance with the budget table and payment schedule listed below. A Study Subject's completion of a visit and associated payment will be based on completed CRFs entered into the Electronic Data Capture.</p>	<p>b. ZADAVATEL nebo CRO jménem ZADAVATELE bude vyplácet INSTITUCI čtvrtletně v souladu s rozpočtovou tabulkou a níže uvedeným harmonogramem plateb. Ukončení návštěvy subjektu studie a související platby budou založeny na vyplněných formulářích CRF zadaných do elektronického záznamu dat.</p>

Study Visit/ Návštěva v rámci studie	Per Study Visit Fee/ Poplatek za návštěvu v rámci studie (15% CZK Overhead Included)/ (15%, zahrnutý režijní náklady)
Visit 1/ 1. návštěva (Screening)	
Cycle 1, Day 1/ 1. cyklus, 1. Den	
Cycle 1, Day 15/ 1. cyklus, 15. Den	
Cycle 2, Day 1/ 2. cyklus, 1. Den	
Cycle 2, Day 15/ 2. cyklus, 15. Den	
Cycle 3, Day 1/ 3. cyklus, 1. Den	

Clinical Trial Agreement (Czech Republic)/Smlouva o provedení klinického hodnocení (Česká republika)


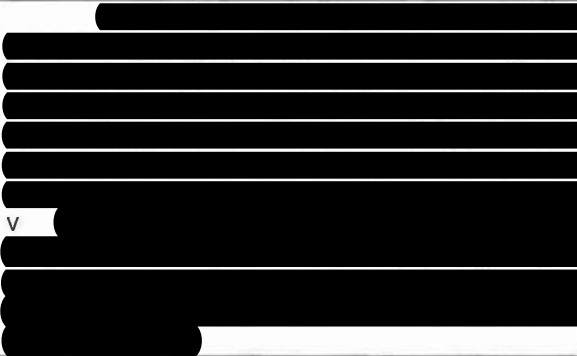


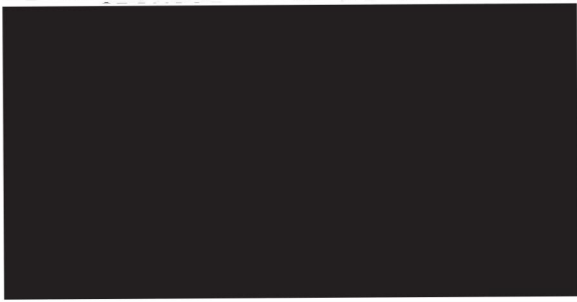
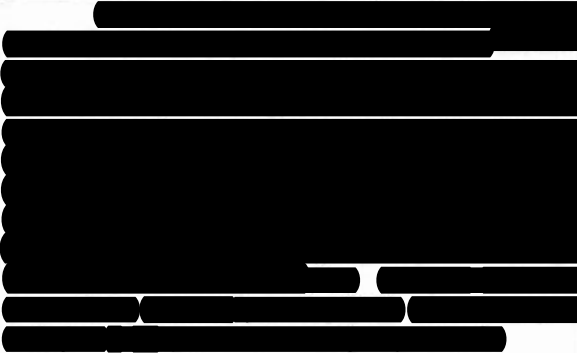
Clovis Oncology, Inc. Protocol No: CO-338-087/Clovis Oncology, Inc. Protokol č.: CO-338-087

Investigator:  Page/Strana 40 of/ z 44

Cycle 4, Day 1/ 4. cyklus, 1. Den	
Cycle 5, Day 1/ 5. cyklus, 1. Den	
Cycle 6, Day 1/ 6. cyklus, 1. Den	
Cycle 7, Day 1/ 7. cyklus, 1. Den	
Cycle 8, 11 + (Every 3 Cycles)/ 8. cyklus, 11 + (každé 3 cykly)	
Cycle 9 + Non-Scan Cycle Visits/ 9. cyklus + návštěvy v rámci cyklu bez vyšetření	
Cycle 10, 14+ (Every 4 Cycles)/ 10. cyklus, 14 + (každé 4 cykly)	
End of Treatment/ Konec léčby	
Safety Follow-up (1 & 2)/ Bezpečnostní kontrolní návštěva (1 a 2)	
Long-term Follow-up/ Dlouhodobé kontrolní sledování	
Total Per Study Subject Fee*/ Celkový poplatek za subjekt studie*	





*Inclusive of subject reimbursement and all direct and indirect costs
*Zahrnuje úhradu subjektu a veškeré přímé a nepřímé náklady.








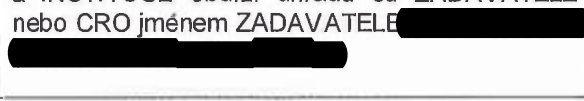
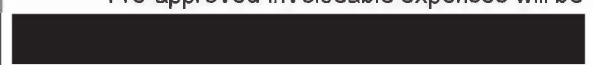



c. The INSTITUTION will be paid according to the following schedule:	c. INSTITUCE bude vyplácena podle následujícího harmonogramu:
	(i) [redacted] je po [redacted] v [redacted] za [redacted]
	[redacted]
	d. [redacted]

compensated on a pro-rated basis for visits performed.	
2. Final Payment.	2. Konečná platba.
	
	
3. Reimbursement for Screen Failures.	3. Kompenzace za neúspěšné screeniny.
	
Valid Screen Failures include subjects that were consented and entered into the screening process appropriately and subsequently did not meet enrollment criteria. Screen Failures criteria include patients that fail to qualify for randomization.	Platné neúspěšné screeniny zahrnují subjekty, které poskytly souhlas a byly řádně zapsány do screeningového procesu a následně nesplnily kritéria pro zařazení. Kritéria neúspěšných screeningů zahrnují pacienty, kteří se nekvalifikovali pro randomizaci.
Valid Screen Failures must be listed on the Screening and Enrollment Log and must have	Platné neúspěšné screeniny musejí být uvedeny v protoklu screeningu a zařazení a

be included in an Invoice sent to SynteractHCR, Gmbh, both addresses are outlined below:	faktury zaslané společnosti SynteractHCR, Gmbh, obě adresy jsou uvedeny níže:
------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

EC Invoice Expenses Sent to/ Fakturované výdaje EK jsou zasílány na adresu:	All other Invoice Expenses Sent to/ Všechny ostatní fakturované výdaje jsou zasílány na adresu
SynteractHCR, GmbH	Synteract, INC
Albrechtstrasse 14	5909 Sea Otter Place
80636 München, Germany	Suite 100
	Carlsbad, CA 92010
	Attn/ K rukám: Anjanette Williams
	Phone/ Telefon: +1 760 268 8222
	Email: Clovis_CO-338_087_Athena_Invoices@svnteract.com

Please note that invoices will not be processed unless they reference the SPONSOR name, Protocol number and INVESTIGATOR name. After receipt and verification, reimbursement for invoices will be included with the next regularly scheduled payment for subject activity.	Upozorňujeme, že faktury nebudou zpracovány, pokud nebudou uvádět odkaz na název ZADAVATELE, číslo protokolu a jméno ZKOUŠEJÍCÍHO. Po obdržení a ověření bude proplacení faktur zahrnuto do příští pravidelné plánované platby za předmětnou činnost.
	
	
No other additional funds will be paid without the prior written consent of CRO and Sponsor. Nothing contained herein shall infer that additional funding will be granted.	Bez předchozího písemného souhlasu CRO a zadavatele nebudou vyplaceny žádné jiné další finanční prostředky. Nic z toho, co je v této smlouvě uvedeno, neznamená, že budou poskytnuty další finanční prostředky.

	
<p>4. Reimbursement for Discontinued or Early Terminated Patients</p>	<p>4. Kompenzace za pacienty s přerušenou nebo předčasně ukončenou účastí ve studii</p>
	
	
<p>5. Ethics Committee (EC) Fees</p>	<p>5. Poplatky etické komisi (EK)</p>
<p>Central EC invoices will be submitted by the Central EC to CRO and reimbursed by the CRO, on behalf of the SPONSOR, directly to the Central EC within forty five (45) days of receipt of the invoice.</p>	<p>Faktury Centrální etické komise budou Centrální etickou komisí předkládány CRO a hrazeny CRO jménem ZADAVATELE přímo Centrální etické komisi do čtyřiceti pěti (45) dnů od obdržení faktury.</p>
<p>If a Central EC is not used by the INSTITUTION, invoices will be submitted by the INSTITUTION to SPONSOR or CRO and INSTITUTION will be reimbursed by the SPONSOR or the CRO on behalf of SPONSOR,</p> 	<p>Pokud INSTITUCE nevyužije Centrální EK, budou faktury za poplatky EK za získání nebo zachování souhlasu EK se studií, a to až do výše předem schválené ZADAVATELEM a CRO, předkládány INSTITUCÍ ZADAVATELI nebo CRO a INSTITUCE obdrží úhradu od ZADAVATELE nebo CRO jménem ZADAVATELE</p> 
<p>6. Invoiceable Expenses:</p>	<p>6. Fakturovatelné výdaje:</p>
<p>Pre-approved invoiceable expenses will be  a correctly completed invoice. SPONSOR is  all Fees and Costs under this Agreement including all pre-approved expenses must be addressed to SynteractHCR, Inc. EC Specific Expenses should</p>	<p>Předem schválené fakturovatelné výdaje uhradí  řádně vydané faktury. ZADAVATEL  všechny poplatky a náklady na základě této smlouvy, včetně všech předem schválených výdajů, musejí být v příslušných případech adresovány společnosti SynteractHCR, Inc. Zvláštní náklady EK by měly být zahrnuty do</p>