

PŘÍLOHA Č. 2 - ROZPIS PLATEB K DÍLČÍ SMLOUVĚ O KLINICKÉM HODNOCENÍ HUMÁNNÍHO LÉČIVA

Klinické hodnocení: CNZV930X2101

Masarykův onkologický ústav se sídlem: Žlutý kopec 7, 656 53 Brno IČO : 00209805 DIČ: CZ00209805 bankovní spojení: Česká národní banka č. účtu: 87535621/0710 variabilní symbol: č. faktury	Novartis s.r.o. se sídlem: Na Pankráci 1724/129 140 00 Praha 4 IČO : 64 57 59 77 DIČ: CZ64 57 59 77 bankovní spojení: XXXX č. účtu: XXXX
---	---

Specifikace odměny Poskytovatele zdravotních služeb dle čl. X. Rámcové smlouvy:

Zadavatel se zavazuje uhradit Poskytovateli zdravotních služeb „start-up“ poplatek ve výši **XXXXX** a poplatek za archivaci Dokumentace studie po dobu stanovenou Rámcovou smlouvou ve výši **XXXXX**. Tyto částky jsou splatné na základě faktury vystavené Poskytovatelem zdravotních služeb po uzavření Dílčí smlouvy o provádění klinického hodnocení, a to do 30 dnů od doručení faktury zadavateli.

Platba za pacienta zařazeného do studie:

Popis platby	Frekvence/detail	Částka / 1 pacient (Kč)
Platba za návštěvy A/	V souladu s Tabulkou 1	XXXX
Platba za návštěvy B/		

*Platba za **další vyšetření** bude provedena **v souladu s Tabulkou č. 2** dle skutečně provedených vyšetření

Vyšetření

Odměna za vyšetření bude hrazena v částkách uvedených níže – viz tabulka 2, a to pouze v případech, kdy vyšetření byla skutečně provedena a byla požadována protokolem.

Částky za vyšetření/návštěvy jsou včetně poplatků za poskytnutí laboratorních certifikátů a veškeré související dokumentace, požadované Zadavatelem, a kterou se Poskytovatel zavazuje na vyžádání Zadavateli poskytnout.

Neúspěšný screening

V případě „screening failure“, tedy když pacient absolvuje všechna vyšetření v rámci screeningové fáze, ale nebude randomizován, se Zadavatel zavazuje uhradit Poskytovateli zdravotních služeb za každý takový případ částku ve výši **XXXX**. Tato částka bude uhrazena vedle částky za vyšetření stanovené v Tabulce 2, která pacient absolvoval.

Náklady na lékárnu

Za činnosti dle přílohy č. 3 provedené řádně a včas se Zadavatel zavazuje uhradit Poskytovateli zdravotních služeb odměnu uvedenou v Tabulce 3.

Náklady na hodnocená léčiva - NZV930, PDR001, NIR178

Hodnocená léčiva budou dodávána Zadavatelem.

Tabulka 1: Platba za návštěvy 1 subjektu hodnocení v Kč

A/Rozvrh návštěv – XXXX

	Návštěva												
Detail platby													
Platba za návštěvu v CZK													

Detail platby													
Platba za návštěvu v CZK													

Detail platby													
Platba za návštěvu v CZK													

Detail platby				
Platba za návštěvu v CZK				

Detail platby	Celkem 1 pac.
Celkem za návštěvy v CZK	

Detail platby *	C1D1 – PK odběr a EKG pro pacienty s NIR178	C2D1 – PK odběr a EKG pro pacienty s NIR178
Celkem za návštěvy v CZK		

Study code: CNZV930X2101

Site No: 4401

Investigator: XXXX

Contract Appendix 1 submitted by: XXXX

Issued on: 30012020

B/Rozvrh návštěv – XXXX

Detail platby	Návštěva											
Platba za návštěvu v CZK	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx

Detail platby					
Platba za návštěvu v CZK	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx

Detail platby		
Platba za návštěvu v CZK	xxxx	xxxx

Detail platby	Celkem 1 pac.
Celkem za návštěvy v CZK	xxxx

Detail platby *	C1D1 – PK odběr a EKG pro pacienty s NIR178	C2D1 – PK odběr a EKG pro pacienty s NIR178
Celkem za návštěvy v CZK	xxxx	xxxx

Study code: CNZV930X2101

Site No: 4401

Investigator: XXXX

Contract Appendix 1 submitted by: XXXX

Issued on: 30012020

Tabulka 2: Platba za vyšetření v Kč

Vyšetření	Vyšetření prováděno při návštěvě:	Platba za 1 vyšetření (Kč)
CT hrudníku, břicha, pánve s kontrastní l. ¹⁾	XXXX	XXXX
CT hrudník bez kontrastní l. (v případě alergie na kontrastní látku)	XXXX XXXX	XXXX
MRI břicho, pánev s kontrastní l. nebo bez kontrastní l. (v případě provádění CT hrudníku bez kontrastní l.)		XXXX
CT hlava ¹⁾	XXXX XXXX	XXXX
MRI hlava alternativa k CT hlava ¹⁾		XXXX
Scintigrafie	XXXX	XXXX
Lokalizované CT k potvrzení k.léze	XXXX XXXX XXXX	XXXX
Lokalizované MRI k potvrzení k. léze Alternativa k Lokaliz. CT		XXXX
RTG k potvrzení přítomnosti kostní léze		XXXX
EKG	XXXX	XXXX
Biopsie	XXXX	XXXX
Testování HIV	XXXX	XXXX
Doppler UZ	XXXX	XXXX

Study code: CNZV930X2101

Site No: 4401

Investigator: XXXX

Contract Appendix 1 submitted by: XXXX

Issued on: 30012020

Tabulka 3: Další platby Poskytovateli v Kč

Typ nákladu	Částka v Kč /frekvence
Pacientské kompenzace – cestovné	XXXX
(Dle vzdálenosti bydliště od ZZ - počet km)	XXXX
Kompenzace nepohodlí při provádění biopsie	XXXX
Kompenzace při provádění celodenní PK (C1D1 a C2D1) hodnoceného přípravku NIR178	
Náklady lékárny	
Uchování léčiva (za každý započatý měsíc uchování léčiva lékárnou)	XXXX
Příprava infuze pro IV podání	XXXXX
Mimořádný sběr dat vyžádaný Zadavatelem	XXXXX

Poskytovatel zdravotních služeb vyplátí každému zařazenému subjektu hodnocení jako náhradu cestovních nákladů za každou návštěvu paušální částku ve výši dle vzdálenosti jeho bydliště od zdravotnického zařízení, (viz tab. 3). Částka bude uhrazena subjektu klinického hodnocení bezprostředně po uskutečnění návštěvy/vyšetření.

Zadavatel si je vědom toho, že Poskytovatel zdravotních služeb nebude subjektům klinického hodnocení poskytovat náhradu nákladů v případě, že zadavatel neposkytne Poskytovateli zdravotních služeb dostatečné množství finančních prostředků (paušální částku dle čl. X. rámcové smlouvy) pro tyto účely.

Veškeré ceny uvedené v této příloze jsou v Kč bez DPH. DPH bude k těmto cenám připočtena a společně s těmito uhrazena ve výši dle právních předpisů účinných ke dni uskutečnění zdanitelného plnění.

***Zadavatel se zavazuje uhradit Poskytovateli náklady na infuzní materiál (inf.sety a filtry) v plné výši .**

Study code: CNZV930X2101

Site No: 4401

Investigator: XXXX

Contract Appendix 1 submitted by: XXXX

Issued on: 30012020