**AMENDMENT NO. 1 TO THE LOAN AGREEMENT / DODATEK Č1 KE SMLOUVĚ O VÝPŮJČCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **THIS AMENDMENT NO. 1** (hereinafter referred to as the “Amendment”) is made by and between: | **TENTO DODATEK Č. 1** (dále označovaný jako „dodatek“) se uzavírá mezi: |
|  |  |
| **Allergan Limited**, a company registered in England & Wales (registered company number 1049760) whose registered office is at Ground Floor Marlow International, Parkway, Marlow, Buckinghamshire, SL7 1YL, United Kingdom  Represented by: on the basis of Power of Attorney between Allergan Pharma Limited (Ireland) and CRO: INC Research Czech Republic s.r.o. dated on 23Apr2019 and on the basis of Power of Attorney between Allergan Limited (UK) a Allergan Pharma Limited (Ireland) dated 23Apr2019  as the Lender **(**hereinafter **the “Lender”)** | **Allergan Limited,** společností zaregistrovanou v Anglii a Walesu (pod registračním číslem 1049760) se sídlem na adrese Ground Floor Marlow International, Parkway, Marlow, Buckinghamshire, SL7 1YL, Spojené království  zastoupená:  na základě plné moci mezi Allerganem Pharma Limited (Ireland) a CRO: INC Research Czech Republic s.r.o.ze dne 23. dubna 2019 a na základě plné moci mezi Allergan Limited (UK) a Allergan Pharma Limited (Ireland) ze dne 23.dubna 2019  jako půjčitel (dále jen „**půjčitel“**) |
|  |  |
| And | A |
|  |  |
| **Vseobecna fakultni nemocnice v Praze** having a place of business at  U Nemocnice499/2,  128 08 Praha 2, Czech Republic  ID: 000 64 165  TAX ID: CZ00064165,  Represented by: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (hereinafter referred to as the “**Borrower**”); | **Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**  se sídlem:  U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, Česká republika  IČO: 000 64 165  DIČ: CZ00064165  zastoupená: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (dále jen „**vypůjčitel**“) |
|  |  |
| Each referred to as a “Party” and together as the “Parties”. | Jednotlivě dále označované jako „smluvní strana“ a společně jako „smluvní strany“. |
|  |  |
| **WHEREAS:** | **VZHLEDEM K TOMU, ŽE:** |
|  |  |
| 1. The Parties entered into a Loan Agreement on 9.November 2020 (hereinafter referred to as the “Loan Agreement”). | 1. Smluvní strany uzavřely dne 09.listopadu 2020 smlouvu o výpůjčce (dále označovanou jako „smlouva výpůjčce“). |
|  |  |
| 1. The Parties now wish to amend the Loan Agreement to change Section I. -1. Subject of loan and Attachement no.1 the List of provided medical devices. | 1. Smluvní strany nyní chtějí upravit smlouvu o výpůjčce změnou článku I,.Předmět výpůjčky odstavec 1. Přílohy č.1 Seznam poskytnutých zdravotnických přístrojů. |
|  |  |
| **NOW THEREFORE,** the Parties agree as follows: | **PROTO** se smluvní strany dohodly následovně: |
|  |  |
| 1. Section I. Subject of loan will be changes as follow?  . 1.The Lender has arranged for the loan of the medical device **centrifuge**, type EBA20 value xxx , **VF Analyser**, Model Zeiss 850, value xxx, , **Pachymeter**, Model DGH55, value xxx , Spectacular Microscope – Konan XV (NSCP ) value (hereinafter the “**Subject of Loan**”) to the Borrower. | 1. článek I. Předmět výpůjčky bod 1 se mění následovně:  Půjčitel zajistil zapůjčení zdravotnického přístroje **centrifuga** typ EBA20 v hodnotě xxxxx, **VF Analyser,** Model Zeiss 850, v hodnotě xxx, a **pachymetr**, Model DGH55, v hodnotě xxxx a **spektakulární mikroskop** model Konam XV (NSPC) v hodnotě £xxx (dále společně jen „**předmět výpůjčky**“) Vypůjčiteli. |
|  |  |
| 1. Attachment: List of provided medical devices of the Agreement is removed in its entirety and is replaced with the Attachment attached to this Amendment: | 1. Příloha: Seznam poskytnutých zdravotnických přístrojů této smlouvy se v celém rozsahu ruší a nahrazuje přílohou tohoto dodatku: |
|  |  |
| 1. This Amendment shall be effective as of the date of publication in Contract Register | 1. Tento dodatek nabývá účinnosti dnem uveřejnění v registru smluv. |
|  |  |
| 1. Except as specifically set forth herein, all other terms and conditions of Loan Agreement shall remain in full force and effect. Unless otherwise defined in this amendment, capitalized terms used herein shall have the same meaning as defined in the Loan Agreement. | 1. Pokud zde konkrétně není stanoveno jinak, veškerá ostatní ustanovení a podmínky smlouvy o výpůjčce zůstávají beze změny a v plné platnosti a účinnosti. Není-li v tomto dodatku definováno jinak, pojmy psané zde velkými písmeny mají stejný význam, jak je definováno ve smlouvě o výpůjčce. |
|  |  |
| *Signature page follows* | *Následuje strana s podpisy* |

|  |  |
| --- | --- |
| **IN WITNESS WHEREOF,** the Parties hereto have agreed to this amendment to the Loan Agreement: | **NA DŮKAZ TOHO** se smluvní strany dohodly na tomto dodatku ke smlouvě o výpůjčce |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signed for and on behalf of LENDER / Podepsáno jménem společnosti PŮJČITELE**  Signature / Podpis:  Name / Jméno:  Title / Funkce:  Date / Datum: | **Signed for and on behalf of BORROWER/ Podepsáno jménem VYPŮJČITELE:**  Signature/ Podpis:  Name / Jméno:  Title / Funkce:  Date / Datum: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Attachment no. 1 – lIST OF PROVIDED MEDICAL DEVICES**

**PŘÍLOHA č. 1 –seznam poskytnutých zdravotnických přístrojů**

*Dodavatel vyplní při předání, přejímatel potvrdí správnost údajů. Po převzetí je formulář postoupen Odboru zdravotnické techniky./ Will be completed by Lender at the handover, Borrower will confirm correctness of data. After handover, the form is provided to the Dept. of Medical equipment.*

**Dodáno na základě smlouvy o výpůjčce/Supplied according to Loan Agreement 1698-301-007 Příloha č./Attachment no. 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Za přejímatele/Borrower:** Datum převzetí/Date of handover: Inventární úsek/Inventory division: Nákladové středisko/Cost division: | | | | | | | | | |
| **Název přístroje/ Name of the device** | **Výrobce/ Manufacturer** | **Typ/Type** | **Výrobní číslo/Manufacturing number** | Třída zdr. prostředku[[1]](#footnote-2)/Class of medical device | Perioda PBTK/ revize/ validace[[2]](#footnote-3)/Period of PBTK/revision/validation | Protokol platné PBTK/ revize/ validace[[3]](#footnote-4)/Protocol of PBTK/revision/validation | Návod v ČJ[[4]](#footnote-5)/Manual in Czech language | Prohlášení o shodě[[5]](#footnote-6)/ Declaration of conformity | Instruktáž[[6]](#footnote-7)/Training |
| **Pachymeter** | **DGH Technology Inc.** | **DGH-55** | **Serial Number 3451** | **III** | **12** | **Ano/ Yes** | **Ano/Yes** | **Ano/Yes** |  |
| **Centrifuge** | **Hettich Lab. technology** | **EBA200** | **Bude doplněno monitorem studie/ It will be completed by CRA** | **X** | **X** | **X** | **Ano/Yes** | **Ano/Yes** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Visual Field Analyser - perimeter** | **Carl Zeiss** | **FFA3 (Model 850)** | **Serial Number 850-15816** | **IIa** | **12** | **Bude doplněno po kalibraci přístroje po instalaci na centru/ It will be completed after calibration after instaling of device at site** | **Ano/Yes** | **Ano/Yes** |  |
| **Spektakulární mikroskop** | Konan Medical, Inc. of Hyogo, Japan | KONAN SPECULAR MICROSCOPE XV | **Seriál Number NCK-1024** | **Ib** | **12** | **Bude doplněno po kalibraci přístroje po instalaci na centru/ It will be completed after calibration after instaling of device at site** | **Ano/Yes** | **Ano/Yes** |  |

Za dodavatele (datum, jméno, podpis, razítko): Za přejímatele (jméno, podpis, razítko pracoviště):

For lender (date, name, signature, stamp) For borrower (name, signature, stamp of workplace)

|  |
| --- |
|  |

1. Dle Nařízení vlády č. 54/2015 Sb./ According to Act no. 54/2015 Coll [↑](#footnote-ref-2)
2. Pravidelná bezpečnostně technická kontrola (PBTK) – tzn. revize/kalibrace/validace/ZDS dle předpisu výrobce a dle §65, §67 a §68 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích v platném znění. Není-li předepsána, prosíme tuto skutečnost uvést. / Regular safety technical control (PBTK) – meaning revision/calibration/validation according to manufacturer’s recommendation and sect.65, 67 and 68 of Act 268/2014 coll on medical devices as amended. If not required, please state this fact. [↑](#footnote-ref-3)
3. Vyplňujte pouze u zdravotnických prostředků, které byly již někdy použity i u jiného poskytovatele zdravotních služeb, např. výpůjčka, dodávka demoverze, dar apod. Vyplňte prosím ANO/NE./Fill only for medical devices that were already used also at different provider of healthcare services, for example loan, supply of demoversion, present and others. Please fill in YES/NO. [↑](#footnote-ref-4)
4. Vyplňte prosím ANO/NE./ Please fill in YES/NO. [↑](#footnote-ref-5)
5. Vyplňte prosím ANO/NE./ Please fill in YES/NO. [↑](#footnote-ref-6)
6. Instruktáž (u aktivních zdravotnických prostředků třídy IIb a III, AIZP a tam, kde to stanovuje výrobce) dle §61 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích/ Training (for active medical devices of class IIb and III, Active implantable medical device and for cases where it is required by the manufacturer) according sect. 61 of Act 268/2014 coll. On medical devices. [↑](#footnote-ref-7)