

FIRST AMENDMENT	PRVNÍ DODATEK
TO	KE
CLINICAL TRIAL AGREEMENT	SMLOUVĚ O KLINICKÉM HODNOCENÍ
<p>This FIRST AMENDMENT is effective as of the date of publication in the Contract Registry, the public administration information system, where contracts concluded by subjects specified in Act No. 340/2015 Coll. as amended, are published ("Effective Date"), with the Parties hereof intending to be bound hereby from 03 December 2020,</p> <p>by and between:</p>	<p>Tento PRVNÍ DODATEK, který je účinný ode dne uveřejnění v registru smluv, veřejném informačním systému, ve kterém jsou publikovány smlouvy a dodatky uzavírané se subjekty v zákoně č. 340/2015 Sb. ve znění pozdějších předpisů („datum účinnosti“), a jehož obsahem si smluvní strany přejí být vázány již od 3. prosince 2020</p> <p>uzavírají následující smluvní strany:</p>
<p>1. Covance, Inc., 206 Carnegie Center, Princeton, New Jersey, 08540-6233, USA, (VAT ID 22-3265977), represented by [REDACTED], and its affiliates (hereinafter referred to as "Covance"); and</p>	<p>1. Covance, Inc., 206 Carnegie Center, Princeton, New Jersey, 08540-6233, USA, (DIČ 22-3265977), zastoupená [REDACTED], a její přidružené společnosti (dále jen "Covance"); a</p>
<p>2. Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové – Nový Hradec Králové, Czech Republic, represented by prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c., director, DIČ CZ00179906, (hereinafter referred to as "Service Provider") and</p>	<p>2. Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové – Nový Hradec Králové, Česká republika, zastoupená prof. MUDr. Vladimírem Paličkou, CSc., dr. h. c., ředitelem, DIČ CZ00179906, (dále jen "Poskytovatel") a</p>
<p>3. [REDACTED] Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, (hereinafter referred to as "Investigator")</p>	<p>3. [REDACTED] Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, (dále jen "Zkoušející")</p>
<p>(together Covance, Service Provider and New Investigator hereinafter referred to as "parties")</p>	<p>(Covance, Poskytovatel a Zkoušející dále jen "smluvní strany")</p>
<p>WHEREAS, Covance, Service Provider and Investigator entered into the CLINICAL TRIAL AGREEMENT with an effective date of 03 April 2020 relating to clinical trial</p>	<p>VZHLEDEM K TOMU, ŽE společnost Covance, Poskytovatel a Zkoušející uzavřeli SMLOUVU O KLINICKÉM HODNOCENÍ s datem účinnosti 3. dubna</p>

<p>services (the "Agreement") in connection with OptiNose US, Inc., 1020 Stony Hill Road, Suite 300, Yardley, PA 19067 USA ("Sponsor") clinical trial entitled, "A 24-Week Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel-Group, Multicenter Study Evaluating the Efficacy and Safety of Intranasal Administration of 186 and 372 µg of OPN-375 Twice a Day (BID) in Subjects with Chronic Sinusitis Without the Presence of Nasal Polyps" ("Study") according to Sponsor's protocol number OPN-FLU-CS-3206 incorporated herein by reference ("Protocol"); and</p>	<p>2020 související se zajištěním klinického hodnocení (dále jen „smlouva“), která se vztahuje ke klinickému hodnocení společnosti OptiNose US, Inc., 1020 Stony Hill Road, Suite 300, Yardley, PA 19067 USA, (dále jen „Zadavatel“) s názvem „24týdenní randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná, multicentrická studie s paralelními skupinami vyhodnocující účinnost a bezpečnost intranazálního podání 186 a 372 µg přípravku OPN-375 dvakrát denně (BID) u pacientů s chronickou sinusitidou bez přítomnosti nazálních polypů“ (dále jen „Studie“) a v souladu se Zadavatelovým číslem protokolu OPN-FLU-CS-3206, který je do tohoto dokumentu začleněn formou odkazu (dále jen „Protokol“), a</p>
<p>WHEREAS, the parties desire to amend the Agreement to implement changes in the Payment Terms in EXHIBIT B of the Agreement in relation to Study Protocol Amendment as further described herein.</p>	<p>VZHLEDEM K TOMU, ŽE smluvní strany chtějí v rámci změny této smlouvy aktualizovat platební podmínky uvedené v PŘÍLOZE B smlouvy v návaznosti na Aktualizaci Protokolu tak, jak je popsáno níže v tomto dokumentu,</p>
<p>NOW, THEREFORE, in consideration of the mutual agreements of the undersigned and for good and valuable consideration, the parties hereto agree to amend the Agreement as follows:</p>	<p>SE TÍMTO STRANY po vzájemné dohodě podepsaných zástupců a po řádné a hodnotné úvaze dohodly změnit smlouvu následovně:</p>
<p>The EXHIBIT B of the Agreement is deleted in its entirety and replaced with the new EXHIBIT B as attached hereto.</p>	<p>PŘÍLOHA B smlouvy je odstraněna v celém rozsahu a nahrazena novou PŘÍLOHOU B, jež je připojena k tomuto dodatku.</p>
<p>Estimated Agreement Value as amended hereby: 890,604 CZK.</p>	<p>Předpokládaná hodnota smlouvy: 890.604,- Kč</p>
<p>Except as specifically set forth herein, all other terms and conditions contained in the Agreement shall remain in full force and effect. Unless otherwise defined in this Amendment, capitalized terms used herein shall have the same meaning defined in the Agreement.</p>	<p>S výjimkou zde výslovně uvedených ustanovení zůstanou všechny ostatní podmínky smlouvy platné a účinné v celém svém rozsahu. Nestanoví-li tento dodatek jinak, výrazy uvedené s velkými počátečními písmeny mají stejný význam, jako je definován ve smlouvě.</p>

IN WITNESS WHEREOF , duly authorized representatives of the parties have executed and delivered this Agreement as of the Effective Date written above.	NA DŮKAZ ČEHOŽ řádně oprávnění zástupci stran uzavřeli tuto smlouvu k datu účinnosti uvedenému výše.
---	---

Covance Inc.

By/Podepsal/a: _____

Name/Jméno: _____

Title/Funkce: _____

Date/Datum: 22. 4. 2021

Fakultní nemocnice Hradec Králové

By/Podepsal/a: _____

Name/Jméno: prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.,
dr.h.c.

Title/Funkce: CEO / Ředitel

Date/Datum: 3. 5. 2021

██

By/Podepsal/a: _____

Title/Funkce: Investigator / Zkoušející

Date/Datum: 29. 4. 2021

EXHIBIT B	PŘÍLOHA B
Revised and Restated BUDGET AND PAYMENT SCHEDULE	Revidovaný a přepracovaný ROZPOČET A PŘEHLED PLATEB

EXHIBIT B	PŘÍLOHA B
BUDGET AND PAYMENT SCHEDULE	ROZPOČET A PŘEHLED PLATEB
PROTOCOL NO: OPN-FLU-CS-3206	Č. PROTOKOLU: OPN-FLU-CS-3206
PROTOCOL TITLE: A 24-Week Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel-Group, Multicenter Study Evaluating the Efficacy and Safety of Intranasal Administration of 186 and 372 µg of OPN-375 Twice a Day (BID) in Subjects with Chronic Sinusitis Without the Presence of Nasal Polyps	NÁZEV PROTOKOLU: 24týdenní randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná, multicentrická studie s paralelními skupinami vyhodnocující účinnost a bezpečnost intranazálního podání 186 a 372 µg přípravku OPN-375 dvakrát denně (BID) u pacientů s chronickou sinusitidou bez přítomnosti nazálních polypů
INVESTIGATOR: ██████████	ZKOUŠEJÍCÍ: ██████████
Study Subject Enrollment	Zařazování pacientů do studie
Service Provider may enroll up to a maximum number of ██████████ in the Study unless otherwise authorized in writing in advance by Sponsor. The number of Study subjects may be limited at the discretion of Sponsor based on	Do studie smí Poskytovatel bez předchozího písemného souhlasu Zadavatele zařadit ██████████. Počet pacientů ve studii může zadavatel podle vlastního uvážení omezit podle počtu a typu

<p>the number and type of Protocol deviations that have occurred as well as Study subject retention. Payments for the authorized additional Study subjects will be made in accordance with this Budget and Payment Schedule.</p>	<p>odchylek od protokolu, k nimž dojde, a podle toho, jak se bude dařit udržovat pacienty ve studii. Platby za schválené další pacienty studie budou hrazeny podle tohoto rozpočtu a přehledu plateb.</p>				
<p><u>Payment Terms</u></p>	<p><u>Platební podmínky</u></p>				
<p>In consideration for conducting the Study, the Sponsor or Sponsor designee shall pay Service Provider as described in this Budget and Payment Schedule. The Parties agree that this Budget and Payment Schedule is part of the Agreement clarifying the compensation associated with the Agreement and includes all Study-related costs, as referenced in the Protocol. All agreed upon amounts in the Budget and Payment Schedule are in Czech crowns (CZK). The VAT will be settled by the Sponsor in the country of its registered office.</p>	<p>Za provádění studie bude zadavatel nebo jím pověřená osoba vyplácet Poskytovateli odměnu uvedenou v tomto rozpočtu a přehledu plateb. Smluvní strany se dohodly, že tento rozpočet a přehled plateb tvoří nedílnou součást smlouvy upravující odměnu stanovenou ve smlouvě a zahrnující veškeré náklady související se studií, tak jak jsou uvedeny v protokolu. Všechny částky dohodnuté v tomto rozpočtu a přehledu plateb jsou v korunách českých (Kč). DPH vypořádá zadavatel v zemi svého sídla.</p>				
<p>Payments by Sponsor, or Sponsor designee, will be made via Electronic Bank Transfer and in accordance with the payment instructions as detailed in the Payment Information Form and sent with reference to the Study. For confidentiality purposes, Payee details such as bank account numbers and IBAN numbers should not be included in this Agreement.</p>	<p>Platby bude zadavatel nebo jím pověřený zástupce provádět elektronickým bankovním převodem podle platebních instrukcí ve formuláři platebních údajů s uvedením odkazu na studii. Z důvodu zachování důvěrnosti by ve smlouvě neměly být uváděny podrobné údaje příjemce plateb, např. číslo jeho bankovního účtu nebo IBAN.</p>				
<p><u>Payment Schedule</u></p>	<p><u>Přehled plateb</u></p>				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="201 1577 443 1793"> <p>IRB/EC Fees</p> </td> <td data-bbox="443 1577 868 1793"> <p>Reasonable and customary local IRB/EC fees in connection with the Study shall be invoiced directly by Local EC and shall not be included in this Budget.</p> </td> </tr> </table>	<p>IRB/EC Fees</p>	<p>Reasonable and customary local IRB/EC fees in connection with the Study shall be invoiced directly by Local EC and shall not be included in this Budget.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="888 1577 1130 1793"> <p>Poplatky EK</p> </td> <td data-bbox="1130 1577 1529 1793"> <p>Přiměřené a obvyklé poplatky účtované místní EK v souvislosti se studií budou fakturovány přímo místní EK a nejsou součástí tohoto rozpočtu.</p> </td> </tr> </table>	<p>Poplatky EK</p>	<p>Přiměřené a obvyklé poplatky účtované místní EK v souvislosti se studií budou fakturovány přímo místní EK a nejsou součástí tohoto rozpočtu.</p>
<p>IRB/EC Fees</p>	<p>Reasonable and customary local IRB/EC fees in connection with the Study shall be invoiced directly by Local EC and shall not be included in this Budget.</p>				
<p>Poplatky EK</p>	<p>Přiměřené a obvyklé poplatky účtované místní EK v souvislosti se studií budou fakturovány přímo místní EK a nejsou součástí tohoto rozpočtu.</p>				

<p>Administrative Start Up Fee</p>	<p>Within forty-five (45) days of signing the Agreement and its publication, based on the invoice issued.</p>	<p>Administrativní zahajovací poplatek</p>	<p>Do čtyřiceti pěti (45) dnů od podpisu smlouvy a jejího uveřejnění, na základě vystavené faktury.</p>
<p>Study Visits Fees</p>	<p>Sponsor shall pay Service Provider for visits completed by each Study subject as described in the budget below. Study visit payments are based on procedures listed in the Protocol. Study visit payments are conditioned upon Service Provider's completion of Case Report Forms ("CRF") or Electronic Case Report Forms ("eCRF").</p> <p>Sponsor will pay Payee for the Study visits of a valid Study subject. A valid Study subject shall mean that the subject meets the inclusion criteria and does not meet the exclusion criteria defined in the Protocol, has signed an ICF with all relevant GDPR requirements and consents included therein and/or pursuant to a separate document covering such GDPR matters, as reviewed or approved in accordance with the terms of this Agreement, and completes each Study visit. If a Study subject is discontinued from the Study for any reason, Sponsor will pay for all Study visits previously completed by that Study subject. Service Provider has sole responsibility for any extra costs or liabilities incurred by conducting visits at a location not specified in the FDA Form 1572.</p>	<p>Poplatky za kontrolní návštěvy</p>	<p>Za každou návštěvu absolvovanou každým pacientem studie uhradí zadavatel Poskytovateli poplatek uvedený v rozpočtu níže. Platby za kontrolní návštěvy se řídí úkony uvedenými v protokolu. Podmínkou pro uhrazení platby za kontrolní návštěvu je, že Poskytovatel vyplní formulář záznamu pacienta hodnocení (Case Report Form, CRF) (dále „CRF“) nebo elektronický záznam pacienta hodnocení (dále „eCRF“).</p> <p>Zadavatel bude příjemci plateb proplácet kontrolní návštěvy správně zařazených pacientů studie. Správně zařazeným pacientem studie se rozumí, že pacient splňuje zařazovací kritéria a nesplňuje vylučovací kritéria uvedená v protokolu, podepsal formulář informovaného souhlasu obsahující všechny důležité požadavky a souhlasy podle nařízení GDPR a/nebo včetně samostatného dokumentu upravujícího záležitosti týkající se nařízení GDPR, posouzený nebo schválený v souladu s podmínkami této smlouvy, a absolvuje každou kontrolní návštěvu. Bude-li pacient ze studie z nějakého důvodu vyřazen, uhradí zadavatel veškeré kontrolní návštěvy, které takový pacient studie absolvoval. Případné</p>

			náklady nebo povinnosti navíc za návštěvy prováděné na místě neuvedeném ve formuláři FDA 1572 ponese výhradně Poskytovatel.
Payment Frequency	<p>All authorized Study subject visit and procedure payments shall be paid by Sponsor on a quarterly basis and prorated, as necessary, for the actual number of Study subjects for whom completed CRFs and/or eCRFs, as applicable, have been accepted by Sponsor or Sponsor's representative.</p> <p>Upon termination of the Study (due to completion of the Study or any other cause), all remaining amounts due for Study subject visits completed shall be paid the following payment cycle. For purposes of this section, termination shall not be deemed to have occurred (and final payments will not be made) until all completed CRFs and/or eCRFs and completed CRF and/or eCRF corrections are received.</p>		<p>Četnost plateb</p> <p>Veškeré platby za schválené návštěvy pacientů studie a platby za úkony budou zadavatelem hrazeny čtvrtletně a případně v poměrné výši podle skutečného počtu pacientů studie, za něž zadavatel nebo jeho zástupce obdrží vyplněné formuláře CRF nebo případně eCRF.</p> <p>Po skončení studie (dokončení nebo ukončení z jiného důvodu) budou veškeré zbývající částky za proběhlé návštěvy pacientů studie uhrazeny v následujícím platebním cyklu. Pro účely tohoto článku dojde ke skončení studie až v okamžiku, kdy budou doručeny veškeré vyplněné formuláře CRF nebo eCRF včetně případných oprav (a teprve poté proběhnou závěrečné platby).</p>
Final Payment	Final payment shall be made in accordance with the budget and payment schedule hereunder, within forty-five (45) days of the completion of all required visits and		Závěrečná platba Závěrečná platba bude provedena podle níže uvedeného rozpočtu a přehledu plateb do čtyřiceti pěti (45) dnů od dokončení všech požadovaných návštěv a potvrzení zadavatele, že byly zadány

	<p>Sponsor's verification that all CRFs and/or eCRFs have been entered and verified and all queries have been resolved for each patient visit.</p>		<p>a ověřeny všechny formuláře CRF nebo eCRF a zodpovězeny všechny dotazy ke všem návštěvám pacientů studie.</p>
<p>Screen Failures Fees</p>	<p>A "Screen Failure" is defined as a candidate who signs the ICF with all relevant GDPR requirements and consents included therein and/or pursuant to a separate document covering such GDPR matters, and received any Study procedure but who is not randomized or enrolled into the Study. Service Provider shall request payment for each Screen Failure by submitting an invoice to Sponsor, specifying the candidate's screening number and the date of the Screen Failure. Payment for Screen Failures shall be paid in accordance with the expense reimbursement table as specified in the Budget. Payments for any Screen Failures exceeding the limit listed in the budget grid are subject to Sponsor's written approval and should be directed to program manager or other Sponsor designated representative. If the approved number of allowable Screen Failure payments changes during the course of the Study, an amendment to this Agreement is not required.</p>	<p>Poplatky za pacienty, které neprojdou vstupními vyšetřeními</p>	<p>Za „pacienta, který neprošel vstupními vyšetřeními“, je považován kandidát, který podepíše formulář informovaného souhlasu obsahující všechny důležité požadavky a souhlasy podle nařízení GDPR a/nebo včetně samostatného dokumentu upravujícího záležitosti týkající se nařízení GDPR a podstoupí nějaký úkon ve studii, avšak není randomizován nebo zařazen do studie. O úhradu za každého pacienta, který neprošel vstupními vyšetřeními, bude Poskytovatel žádat na základě faktury zaslané zadavateli s uvedením screeningového čísla kandidáta a data, kdy kandidát neprošel vstupními vyšetřeními. Částka za pacienty, kteří neprošli vstupními vyšetřeními, bude hrazena podle tabulky proplácení nákladů uvedené v rozpočtu. Platby za pacienty, kteří neprojdou vstupními vyšetřeními, nad limit uvedený v rozpočtu, podléhají písemnému schválení zadavatele a požadavek na proplácení je třeba zaslat manažerovi programu nebo jinému zástupci zadavatele. Pokud se schválený počet přípustných plateb za pacienty, kteří neprojdou vstupními vyšetřeními, během studie změní, nebude nutné uzavírat kvůli tomu dodatek k této smlouvě.</p>

		Propláčení dalších výdajů	Zadavatel bude proplácet i další výdaje spojené se studií uvedené v rozpočtu nebo jinak předem písemně schválené zadavatelem. Bude-li Poskytovatel zařízení chtít požádat o proplacení takových výdajů, předloží podrobnou položkovou fakturu včetně příslušných podkladů nebo stvrzenek podle níže uvedených pokynů k fakturaci. Schválenou fakturu uhradí zadavatel do čtyřiceti pěti (45) dnů od jejího vystavení. Příjemce plateb bude mít maximálně devadesát (90) dnů po skončení studie na předložení faktur za propláčené výdaje a na vyřešení případných nesrovnalostí v platbách. Variabilní symbol: číslo faktury
Other Expense Reimbursement	Sponsor shall also pay additional Study related expenses, as listed in the budget or as otherwise pre-approved by Sponsor in writing. To request payment of these costs, Service Provider shall submit itemized invoices, accompanied by appropriate back-up documentation or receipts in accordance with the invoicing instructions below. Sponsor will pay Service Provider within forty-five (45) days of issue of an approved invoice. The Payee will have up to ninety (90) days after the completion of the Study to submit any outstanding invoices for reimbursement consideration and to resolve any payment discrepancies. Variable symbol: invoice number		
		<u>Invoicing Instructions</u>	<u>Pokyny k fakturaci</u>
		Invoices should clearly identify the following:	Ve fakturách musejí být jasně uvedeny tyto náležitosti:
<ul style="list-style-type: none"> • Investigator name/Site Number 	<ul style="list-style-type: none"> • jméno zkoušejícího/název studijního pracoviště 		
<ul style="list-style-type: none"> • Study Reference Code: OPN-FLU-CS-3206 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenční kód studie: OPN-FLU-CS-3206 		
<ul style="list-style-type: none"> • Subject number (if applicable) 	<ul style="list-style-type: none"> • Číslo pacienta (pokud je relevantní) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Invoice date 	<ul style="list-style-type: none"> • Datum vystavení faktury 		
<ul style="list-style-type: none"> • Date & description of services provided and pass-thru costs 	<ul style="list-style-type: none"> • Datum a popis poskytnutých služeb a přeúčtovávaných nákladů 		
<ul style="list-style-type: none"> • Total amount payable 	<ul style="list-style-type: none"> • Celková částka k úhradě 		
<ul style="list-style-type: none"> • Supporting documentation (i.e. third-party invoices, receipts) 	<ul style="list-style-type: none"> • Podklady k faktuře (např. faktury od třetích osob, účtenky) 		
<u>Invoices to Sponsor shall be deliverable to:</u>	<u>Faktury pro zadavatele je třeba zasílat na:</u>		
Medidata Payments Email: payments@mdsol.com (Please include the Study Reference Code: OPN-FLU-CS-3206 in the Subject Field)	e-mailovou adresu společnosti Medidata Payments: payments@mdsol.com (do předmětu zprávy uveďte referenční kód studie: OPN-FLU-CS-3206)		

<u>Changes to Payment Details</u>	<u>Změny platebních údajů</u>
If during the course of the study the payee details change, please provide the following information:	Pokud se platební údaje příjemce plateb v průběhu studie změní, bude třeba nahlásit tyto údaje:
• New payee name	• jméno nového příjemce plateb
• Account Holder Name	• jméno majitele účtu
• Bank Name	• název banky
• Account Number	• číslo účtu
• IBAN	• IBAN
• Sort Code	• kód banky
• SWIFT	• SWIFT
<u>Phone Support for Medidata Payments</u>	<u>Telefonická podpora k platbám prostřednictvím společnosti Medidata</u>
Client Success for Medidata Payments can be contacted via Telephone. A full listing of toll-free numbers can be found at https://support.mdsol.com/hc/en-us/articles/205359417-Medidata-Help-Desk-Support-Telephone-Numbers . The “3-digit support code” for redirect to Medidata Payments Team is [REDACTED].	Podporu klientů pro platby prostřednictvím společnosti Medidata lze kontaktovat telefonicky. Kompletní seznam bezplatných telefonních čísel najdete na webu https://support.mdsol.com/hc/en-us/articles/205359417-Medidata-Help-Desk-Support-Telephone-Numbers . Pro přepojení na tým plateb Medidata zadejte třímístný kód podpory [REDACTED].
<u>Budget and Fee Schedule (CZK)</u>	<u>Rozpočet a přehled poplatků (CZK)</u>
[REDACTED]	[REDACTED]

<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p><u>PATIENT REIMBURSEMENT</u></p> <p>Subject Travel Reimbursement in the amount of [REDACTED] is not included in subject visit Payment amounts. Sponsor through Covance will reimburse Service Provider for reasonable patient travel expenses in amount approved by the Ethics Committee, i.e. in amount of [REDACTED] of patient required by study protocol (including additional visits) upon receipt by Covance of a valid and detailed invoice with supporting and anonymized documentation from the Service Provider.</p>	<p><u>PACIENTSKÉ NÁHRADY</u></p> <p>Náhrada cestovních nákladů subjektu ve výši [REDACTED] není zahrnuta v částkách plateb za návštěvu subjektu. Zadavatel prostřednictvím společnosti Covance proplatí Poskytovateli přiměřené náhrady cestovních nákladů pacientů v částce schválené etickou komisí, t.j. v částce [REDACTED] pacienta na pracovišti studie dle požadavků protokolu (včetně dodatečných návštěv) poté, co od Poskytovatele obdrží platnou a podrobnou fakturu s anonymizovanou doprovodnou dokumentací.</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>

<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>The total payment per screen failure patient is based on the actual completion of assessments performed during the screening period, based on the following table.</p>	<p>Celkový poplatek za pacienta, který neprojde vstupním vyšetřením, závisí na skutečně provedených procedurách dle následující tabulky.</p>
<p>[REDACTED]</p>	
<p>[REDACTED]</p>	
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>

