

**AMENDMENT #2 TO CLINICAL STUDY
AGREEMENT WITH INSTITUTION**

This Amendment (the "**Amendment**") to the Clinical Study Agreement, dated 10-Aug-2017 (the "**Agreement**"), for the clinical study with institution (the "**Study**") conducted in accordance with the protocol **PR-30-5017-C** entitled "**A Phase 3, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Study of Niraparib Maintenance Treatment in Patients with Advanced Ovarian Cancer Following Response on Front-Line Platinum-Based Chemotherapy**" and any amendments thereto (the "**Protocol**"), is made by and between:

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Kralovske Vinohrady University Hospital), Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10, Czech Republic, ID: 00064173, TIN: CZ00064173, established by the decision of the Ministry of Healthcare of 29 May 2012 ref. No.: MZDR 17266-III/2012, changing and amending the decision of the minister of healthcare of 25 November 1990 ref. No. OP-054-25.11.90 as amended with the Measure of the Ministry of Healthcare issued under ref. No.: MZDR 33222/2016 – 2/ OPŘ of 31 May 2016, represented by Prof. Petr Arenberger, MD, PhD, MBA, FCMA, director, reference number: KH 13/2017, cost center: 34005 (the "**Institution**") (the "**Institution**")

and

Tesaro, Inc.,

a Delaware corporation with an office at 1000 Winter Street, Suite 3300, Waltham, Massachusetts 02451 U.S.A; represented by PSI CRO Czech Republic s.r.o., V Parku 2343/24, 148 00 Praha 4 – Chodov, Czech Republic, IN: 28196775, TIN: CZ28196775, registered with Business Register, Municipal Court in Prague, section C, folio 132148, represented by [REDACTED]

**DODATEK #2 KE SMLOUVĚ O KLINICKÉM
HODNOCENÍ SE ZDRAVOTNICKÝM
ZAŘÍZENÍM**

Tento Dodatek č.2 (dále jen „**Dodatek**“) ke Smlouvě o klinickém hodnocení se zdravotnickým zařízením s datem 10. 08. 2017 (dále jen „**Smlouva**“) ke klinické studii (dále jen „**Studie**“) prováděné v souladu s Protokolem **PR-30-5017-C** s názvem: „**Multicentrická randomizovaná dvojitě zaslepená klinická studie fáze 3 kontrolovaná placebem hodnotící udržovací léčbu Niraparibem u pacientek s pokročilým karcinomem vaječníků s klinickou odpovědí na prvoliniovou chemoterapii na bázi platiny**“ a všemi jeho dodatky (dále jen „**Protokol**“) se uzavírá mezi:

Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady,

Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10, Česká republika, IČ: 00064173, DIČ: CZ00064173, zřízenou rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ze dne 29.5.2012 č.j.: MZDR 17266-III/2012, kterým se mění a doplňuje rozhodnutí ministra zdravotnictví ze dne 25.11.1990 č.j. OP-054-25.11.90 ve znění změn provedených Opatřením Ministerstva zdravotnictví vydaného pod č.j.: MZDR 33222/2016 – 2/ OPŘ ze dne 31.května 2016, zastoupenou Prof. MUDr. Petrem Arenbergerem, DrSc., MBA, FCMA, ředitelem, číslo jednací: KH 13/2017, nákladové středisko: 34005 (dále jen „**Zdravotnické zařízení**“)

a

Tesaro, Inc.,

delawareská společnost se sídlem: 1000 Winter Street, Suite 3300, Waltham, Massachusetts 02451 USA; zastoupená PSI CRO Czech Republic s.r.o., V Parku 2343/24, 148 00 Praha 4 – Chodov, Česká republika, IČO: 28196775, DIČ: CZ28196775, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl C, vložka 132148, zastoupená [REDACTED], na základě plné moci

Institution shall inform Sponsor's designee of the publication via the Sponsor's designee's data box with identifier: [REDACTED] and by email sent to: [REDACTED]

4. Capitalized terms used but not re-defined in this Amendment shall have the same meaning as they have in the Agreement.

This Amendment shall be made part of the Agreement and attached thereto. Except as provided herein, all other terms of the Agreement shall remain in full force and effect.

[SIGNATURE PAGE TO FOLLOW]

prostřednictvím datové schránky zástupce Zadavatele s identifikátorem: [REDACTED] a emailové adresy: [REDACTED]

4. Výrazy s velkým počátečním písmenem použité v tomto Dodatku, které však nejsou redefinovány, mají stejný význam jako ve Smlouvě.

Tento Dodatek je součástí Smlouvy jako její příloha. S výjimkou ustanovení tohoto Dodatku zůstávají v plné platnosti veškeré podmínky stanovené Smlouvou.

[NÁSLEDUJE PODPISOVÁ STRANA]

This Amendment has been executed in three originals, one for each party.

Tento Dodatek byl vypracován ve třech vyhotoveních, z nichž každá strana obdrží jedno.

The Institution/Zdravotnické zařízení: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Kralovske Vinohrady University Hospital)

Name: / Jméno: Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

Title: / Pozice: Director / Ředitel

Dated: / Datum: _____

Sponsor/Zadavatel: Tesaro, Inc.

Executed by PSI CRO Czech Republic s.r.o.. based on a power of attorney / Podepsal/a za PSI CRO Czech Republic s.r.o. na základě plné moci:

Name: / Jméno: _____

Title: / Pozice: _____ by Power of Attorney/na základě plné moci

Dated: / Datum: _____

Name: / Jméno: _____

Title: / Pozice: by Power of Attorney/na základě plné moci

Dated: / Datum: _____

Statement of Investigator:

I have read this Amendment and I understand and accept the terms and conditions relating to my performance as the investigator. I agree also that I shall ensure that all the Study Personnel members shall be informed of their obligations under this Amendment.

Prohlášení Hlavního zkoušejícího:

Přečetl jsem si tento Dodatek a porozuměl mu a přijímám podmínky a ustanovení, které se vztahují k mé činnosti jakožto Hlavního zkoušejícího. Dále souhlasím s tím, že zajistím, aby všichni členové Studijního personálu byli informováni o svých povinnostech vyplývajících z tohoto Dodatku.

The Investigator | Hlavní zkoušející: [REDACTED]

Name | Jméno: [REDACTED]

Dated | Datum: _____

**Annex to AMENDMENT #2 TO CLINICAL
STUDY AGREEMENT**

Revised Fee and Payment Schedule

INSTITUTION: Kralovske Vinohrady University Hospital

INVESTIGATOR: [REDACTED]

For performance of the Study, Sponsor or its designee will pay the Payee identified below as follows:

BUDGET: See Attachment 1-A

1. Payment Schedule:

1.1 Payee:

The Payee under this Attachment 1 shall be the Institution.

The parties agree that the Payee designated below is the proper Payee for the Agreement and that

**Příloha k DODATKU #2 KE SMLouvĚ
O KLINICKÉM HODNOCENÍ**

Revidovaný rozpis plateb

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

HLAVNÍ ZKOUŠEJÍCÍ: [REDACTED]

Za provedení Studie bude Zadavatel nebo jeho zástupce platit Příjemci níže definované platby:

ROZPOČET: Viz Příloha 1 - A

1. Přehled plateb:

1.1 Příjemce:

Příjemcem je dle této Přílohy 1 Zdravotnické zařízení.

Strany souhlasí s tím, že níže uvedený Příjemce je řádným příjemcem dle této Smlouvy a že platby dle

payments under the Agreement will be made only to the following Payee: | této Smlouvy budou adresovány výhradně tomuto Příjemci:

Contract Payee/Smluvní příjemce	Institution/Zdravotnické zařízení
Contract Payee Name (must match name in the Agreement)/Název Smluvního příjemce (musí souhlasit s názvem uvedeným ve Smlouvě)	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
PAYEE ADDRESS/ADRESA PŘÍJEMCE:	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Kralovske Vinohrady University Hospital)
	Šrobárova 1150/50
	100 34 Praha 10
	Czech Republic
VAT/TAX ID NUMBER/DIČ/IČ	CZ00064173
Banking Information/Bankovní údaje	
Bank Name/Název banky	Česká národní banka
Bank Street/Ulice	Na Příkopě 28
Bank City/Město	Praha 1
Bank State/Province/Stát	-
Bank Postal Code/PSC	115 03
Bank Country/Stát	Czech Republic
Account Number (if applicable)/Číslo účtu (pokud je relevantní)	

Receiving Account Currency/Měna účtu příjemce	EUR
IBAN number/IBAN	████████████████████
SWIFT-Code/SWIFT kód	██████████
Bank Number/Číslo banky	0710
Other country specific bank info/Další bankovní údaje	-
Contact Information/Kontaktní údaje	
PAYEE CONTACT NAME/KONTAKTNÍ OSOBA PŘÍJEMCE	██████████████████
PAYEE CONTACT Email/KONTAKTNÍ email PŘÍJEMCE	████████████████████
Payee contact phone number/Kontaktní telefonní číslo příjemce	██████████████████
Language preference/Jazyk	Czech/čeština

For receipt of payment under the Agreement, Payee agrees that Payee will only provide banking information for a bank account belonging to Payee.

Payments will be made in EURO.

1.2 Periodic Payments:

Sponsor or its designee will reimburse the Payee quarterly, on a completed visit per Study subject basis in accordance with this Attachment 1 and 1-A. Ninety percent (90%) of each payment due, including Screen Failure, if applicable (see Section 1.4 below), will be made based upon prior quarter enrollment data confirmed by CRFs

Aby Příjemce obdržel platbu dle této Smlouvy, souhlasí Příjemce s poskytnutím pouze bankovních údajů k účtu, který patří Příjemci.

Platby budou hrazeny v eurech.

1.2 Periodické platby:

Zadavatel nebo jeho zástupce bude platby Příjemci vyplácet čtvrtletně dle návštěv absolvovaných Subjekty studie v souladu s Přílohou 1 a 1 – A. Devadesát procent (90%) každé splatné částky včetně případných Neúspěšných screeningů (viz Oddíl 1.4 níže) bude uhrazeno na základě údajů o zařazení Subjektu studie za předchozí čtvrtletí

received from the Investigator supporting Study subject visitation subject to Sponsor approval. The balance of monies earned, in the amount of (10%), will be pro-rated upon verification of actual Study subject visits, and will be paid by Sponsor or its designee to the Payee upon final acceptance by Sponsor of all CRF pages, all data clarifications issued, the receipt and approval of any outstanding regulatory documents as required by Sponsor and/or its designee, the return of all unused supplies to Sponsor or its designee, and upon satisfaction of all other applicable conditions set forth in the Agreement and all terms and conditions thereof.

DrugDev Inc (“**DrugDev**”=IQVIA Clinical Trial Payments), registered address at 1170 Devon Park Drive; 3rd Floor, Wayne, PA 19087 has been contracted by the Sponsor to make payments to payees on the Study. DrugDev will receive invoices and process payments on behalf of the Sponsor unless otherwise agreed.

ALL QUESTIONS REGARDING STUDY PAYMENTS OR FINANCIAL ARRANGEMENTS SHOULD BE DIRECTED TO SPONSOR OR ITS DESIGNEE, DrugDev”=IQVIA Clinical Trial Payments:

Email: [REDACTED]

Subject Line /PROTOCOL # PR-30-5017-C

CRFs shall be completed by Investigator within ten (10) calendar days following an interaction/visit required under the Protocol with a Study subject, or of receipt of the Study subject’s test results. At the request of Sponsor or its designees, Investigator will correct any errors and/or omissions to the CRFs within seven (7) calendar days from the date of the request and will make available to Sponsor and/or its designees the corrected CRFs and supporting records for further verification.

CRFs will qualify for payment based on Study subject status as follows:

- Completed per Protocol: fully payable.

PSI template, Czech Republic, 17-MAY-2016

ověřených dle CRF vyplněného Hlavním zkoušejícím a dokládajícím návštěvy Subjektu studie podléhající schválení Zadavatele. Zbývá zasloužená částka ve výši deseti procent (10%) bude dopočítána po ověření skutečně absolvovaných návštěv Subjektem studie a bude Příjemci vyplacena Zadavatelem nebo jeho zástupcem po závěrečném převzetí všech stran CRF Zadavatelem, vyjasnění údajů, obdržení a schválení všech nedodaných regulačních dokumentů vyžadovaných Zadavatelem a/nebo jeho zástupcem, navrácení všech nepoužitých materiálů Zadavateli nebo jeho zástupci a po splnění všech dalších příslušných podmínek stanovených v této Smlouvě a všech podmínek této Smlouvy.

Zadavatel uzavřel smlouvu se společností DrugDev Inc (“**DrugDev**”=IQVIA Clinical Trial Payments), se sídlem na adrese 1170 Devon Park Drive; 3rd Floor, Wayne, PA 19087, na jejímž základě bude DrugDev v rámci Studie platit příjemcům plateb. DrugDev bude za Zadavatele přijímat faktury a vyřizovat platby nebude-li dohodnuto jinak.

VEŠKERÉ DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE STUDIJNÍCH PLATEB ČI FINANČNÍCH UJEDNÁNÍ SMĚŘUJTE NA ZADAVATELE NEBO JEHO ZÁSTUPCE DrugDev”=IQVIA Clinical Trial Payments:

Email: [REDACTED]

Předmět /PROTOCOL # PR-30-5017-C

Hlavní zkoušející vyplní CRFs během deseti (10) kalendářních dnů následujících po komunikaci se Subjektem studie / návštěvě Subjektu studie v souladu s Protokolem, nebo obdržení výsledků vyšetření Subjektu studie. Hlavní zkoušející na žádost Zadavatele nebo jeho zástupce opraví veškeré chyby a/nebo chybějící údaje v CRFs, a to během sedmi (7) kalendářních dnů od data žádosti a opravené CRFs a doplňující dokumentaci zpřístupní Zadavateli a/nebo jeho zástupci pro další ověření.

Platbu bude možné provést na základě níže uvedených informací Subjektu studie v CRFs:

- provedeno dle Protokolu: vyplatit plnou částku.

8/15

- Discontinued due to adverse event: prorated for the number of completed visits/procedures.
- Other discontinuation or Study subject lost to follow up: prorated for the number of completed visits/procedures.

CRFs will not qualify for payment in the event of a violation by Institution or Investigator as follows:

- Material Protocol violation.
- Violation of applicable law or regulation.

1.3 Final Payment:

Notwithstanding the criteria defined in Section 1.2 above (Periodic Payments), the final payment shall be contingent upon the following additional conditions:

- all required Study subject visits have been completed; and
- Sponsor has received all Study subject data in a form suitable for analysis; and
- all data clarification queries have been resolved to Sponsor's satisfaction; and
- Sponsor has verified that all required regulatory documentation is complete, and
- Institution has returned all required equipment, Study Drug and other Study Supplies to Sponsor; and
- the Study close-out visit has been completed; and
- Institution has provided final invoices within thirty (30) days of close out visit.

Institution shall have sixty (60) days from the receipt of the final payment under the Agreement to identify discrepancies and resolve any payment disputes with Sponsor or its designee.

1.4 Screen Failures:

- léčba vysazena z důvodu nežádoucí příhody: vyplatit poměrnou částku dle absolvovaných návštěv/procedur.
- léčba vysazena z jiného důvodu nebo Subjekt studie již není možné dále sledovat: vyplatit poměrnou částku dle absolvovaných návštěv/procedur.

Platba na základě CRFs nebude uhrazena v případě následujících porušení Smlouvy Zdravotnickým zařízením nebo Hlavním zkoušejícím:

- závažného porušení Protokolu;
- porušení platných zákonů či předpisů.

1.3 Závěrečná platba:

Bez ohledu na kritéria uvedená v Oddíle 1.2 výše (Periodické platby) bude Závěrečná platba vyplacena na základě splnění níže uvedených podmínek:

- Subjekt studie absolvuje všechny požadované návštěvy; a
- Zadavatel obdrží veškeré údaje o Subjektu studie ve formě vhodné k analýze; a
- budou vyřešeny všechny požadavky na objasnění údajů ke spokojenosti Zadavatele; a
- Zadavatel ověří úplnost požadované regulační dokumentace; a
- Zdravotnické zařízení vrátí veškeré požadované vybavení, Studijní lék a další Studijní materiál Zadavateli; a
- bude provedena uzavírací návštěva centra; a
- Zdravotnické zařízení poskytne faktury během třiceti (30) dnů po vykonání uzavírací návštěvy centra.

Zdravotnickému zařízení bude poskytnuto šedesát (60) dnů od obdržení závěrečné platby v souladu s touto Smlouvou k odhalení rozporů a vyřešení veškerých platebních sporů se Zadavatelem nebo jeho zástupcem.

1.4 Neúspěšný screening:

Screen Failures (defined in Section 3.1) will be paid in accordance with Section 3.1 of this Attachment 1, only after completion of Study-related assessments according to the payment terms as specified in this Attachment 1. All screening procedures completed prior to Screen Failure must be clearly documented in the source documents and a signed and dated Informed Consent Form must be in place. Additional Screen Failures will not be paid without prior approval from the Sponsor in writing.

1.5 Non-Cancelable Costs:

If non-cancelable costs are incurred by Institution in accordance with the Budget, written justification must be provided to Sponsor for review and approval, and payment of such costs is subject to Sponsor's written approval.

1.6 Protocol Violators:

Payments for Study subjects who are deemed to have been in violation of the Protocol but that allows them to be included in efficacy analysis may be paid up to the point that the violation occurred at the discretion of Sponsor.

1.7 Pro-Rata Payments:

Should the Study be prematurely discontinued, the payment will be calculated on a pro rata basis. Institution may be paid on a pro rata basis for payment for Study subjects who do not complete the Study. Payment will include only those Study subjects who were enrolled in the Study no later than the premature termination date of the Study.

2. Per Visit Budget per Completed Study subject:

Sponsor will make a payment, in accordance with Study Budget, for each Study subject that completes the prescribed course of treatment in the Study in compliance with the Protocol. A detailed Study Budget is attached hereto as Attachment 1-A.

3. Other Payments:

Neúspěšný screening (definován v Oddíle 3.1) bude zaplacen v souladu s Oddílem 3.1 této Přílohy 1, a to po dokončení vyšetření souvisejících se Studii v souladu s platebními podmínkami stanovenými v této Příloze 1. Veškeré screeningové procedury dokončené před Neúspěšným screeningem musejí být zřetelně zdokumentovány ve zdrojové dokumentaci a musí být k dispozici podepsaný a datovaný Informovaný souhlas. Další Neúspěšné screeniny nebudou bez předchozího písemného souhlasu Zadavatele uhrazeny.

1.5 Nevratné náklady:

Pokud Zdravotnické zařízení v souladu s Rozpočtem vynaloží nevratné náklady, je třeba poskytnout Zadavateli písemné zdůvodnění ke kontrole a schválení. Úhrada těchto nákladů podléhá písemnému schválení Zadavatele.

1.6 Porušení Protokolu:

Platby za Subjekty studie, u nichž se má za to, že došlo k porušení Protokolu, avšak jejichž údaje mohou být použity pro analýzu účinnosti, mohou být dle uvážení Zadavatele uhrazeny až do data porušení Protokolu.

1.7 Poměrné platby:

Pokud bude Studie ukončena předčasně, bude platba vypočítána poměrným dílem. Zdravotnickému zařízení mohou být uhrazeny platby poměrným dílem za Subjekty studie, které nedokončí Studii. Platba se bude vztahovat pouze na Subjekty studie, které nebudou zařazeny po předčasném ukončení Studie.

2. Rozpočet dle absolvovaných návštěv Subjektem studie:

Zadavatel uhradí platby v souladu s Rozpočtem, a to za každý Subjekt studie, který dokončí předepsanou léčbu ve Studii dle Protokolu. Podrobný Studijní rozpočet je připojen k této Příloze jako Příloha 1- A.

3. Jiné platby:

Payment for other fees or expenses will be made as follows and as stated on Attachment 1-A:

3.1 Screen Failures: Sponsor or its designee will reimburse Institution for Screen Failures at a rate of 50% of the Screening visit cost and 100% of the cost of those procedures, performed within the Screening visit, which were not included in such Screening visit cost. A maximum of three (3) Screen Failures will be paid for every one (1) Study subject randomized. Reimbursement will be made within forty-five (45) days of receipt of invoice detailing the Study subject number and date of the Screen Failure. A Screen Failure is considered a Study subject who signs the Informed Consent Form and completes screening but fails under inclusion/exclusion criteria and will not be randomized to the maintenance phase.

3.2 Start-up Fee: Start-up fee in the amount of [REDACTED] will be paid upon execution of the Agreement. Start-up fee is non-refundable and covers administrative costs for Study start-up.

3.3 Subject travel reimbursement: Sponsor or its designee shall reimburse, through the Investigator, for reasonable travel expenses incurred by the Study subjects for each visit scheduled as per the Protocol, supported by appropriate documentation (tickets, receipts, etc.).

4. Payment background documents:

Payment background documents approved by the Investigator shall be provided to the Department of Development Projects, Grant Activities and Clinical Trials of the Kralovske Vinohrady University Hospital, pavilion CH, Srobarova 50, 100 34 Prague 10, Czech Republic or by email (preferred option) to [REDACTED]

5. Payment Instructions:

All invoices pertaining to this Study will be issued to:

PSI template, Czech Republic, 17-MAY-2016

Další poplatky a výdaje budou uhrazeny následovně a dle Přílohy 1 – A:

3.1 Neúspěšný screening: Zadavatel nebo jeho zástupce uhradí Zdravotnickému zařízení za neúspěšný screening 50% nákladů Screeningové návštěvy a 100% nákladů za procedury, vykonané v rámci Screeningové návštěvy, které nebyly zahrnuty v nákladech na tuto Screeningovou návštěvu. Maximálně budou uhrazeny tři (3) neúspěšné screeningsy na každý jeden (1) randomizovaný Subjekt studie. Platba bude uhrazena během čtyřicetipěti (45) dní od obdržení faktury obsahující číslo Subjektu studie a datum Neúspěšného screeningu. Za Neúspěšný screening bude považován Subjekt studie, který podepíše Informovaný souhlas a dokončí screening, avšak nesplní kritéria pro zařazení a splní kritéria pro nezařazení do Studie, a tudíž nebude randomizován do udržovací fáze.

3.2 Zahajovací poplatek: Po podpisu této Smlouvy bude uhrazen zahajovací poplatek ve výši [REDACTED]. Zahajovací poplatek je nevratný a pokrývá administrativní náklady na zahájení Studie.

a. **Uhrazení cestovních nákladů Subjektům studie:** Zadavatel nebo jeho zástupce Subjektům studie po předložení příslušných dokladů (jízdenky, paragon, atd.) uhradí prostřednictvím Hlavního zkoušejícího přiměřeně vynaložené cestovní náklady za každou návštěvu naplánovanou dle Protokolu.

4. Podklady k platbám:

Podklady k fakturaci, schválené Hlavním zkoušejícím, budou poskytovány Oddělení rozvojových projektů, grantových činností a klinických hodnocení FNKV, pavilion CH, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10 nebo e-mailem na adresu [REDACTED] (preferovaná varianta).

5. Pokyny k platbám:

Všechny faktury vztahující se ke Studii budou vystaveny na:

11/15

TESARO UK, Ltd.

55 Baker Street

London, W1U7EU, United Kingdom

VAT No.: GB 250894979

and should be submitted to Sponsor or its designee, together with appropriate supporting documentation (e.g., receipts, and third-party invoices), for reimbursement at the following email address:

[REDACTED]

or address:

TO: TESARO BIO NETHERLANDS B.V.
 CARE OF: DrugDev (IQVIA Clinical Trial Payments)
 Attention: DrugDev Payments (IQVIA Clinical Trial Payments)
 IQVIA, 5th Floor
 210 Pentonville Road, King Cross London
 N1 9JY
 United Kingdom

Please note that invoices must contain the following information or they will be returned, which will delay payment:

- **Institution Name**
- **Investigator Name**
- **Protocol Number**
- **Invoice Date**
- **Date & Description of service provided**
- **Supporting documentation (i.e. third party invoices, receipts)**

Sponsor or its designee will reimburse the Payee within forty-five (45) days of invoice receipt and other required documentation on a completed visit per Study subject basis in accordance with the attached Budget and this Fee and Payment Schedule.

VAT

TESARO BIO NETHERLANDS B.V.

Adresa: Joop Geesinkweg 00901, 1114AB

Amsterdam-Duivendrecht, Nizozemí

DIČ: NL856947830B01

a zasílány Zadavateli nebo jeho zástupci k uhrazení spolu s odpovídajícími doklady (např. paragony a faktury vystavené třetími stranami) na následující e-mailovou adresu:

[REDACTED]

nebo na adresu:

TESARO BIO NETHERLANDS B.V CARE OF:
 DrugDev (IQVIA Clinical Trial Payments)
 K rukám: DrugDev Payments (IQVIA Clinical Trial Payments)
 IQVIA, 5th Floor
 210 Pentonville Road, King Cross London
 N1 9JY
 United Kingdom

Veďte, prosím, na vědomí, že faktury musejí obsahovat níže uvedené údaje. V opačném případě budou vráceny, což může zpozdít jejich úhradu.

- **název Zdravotnického zařízení;**
- **jméno Hlavního zkoušejícího;**
- **číslo Protokolu;**
- **datum vystavení faktury;**
- **datum a popis poskytnuté služby; a**
- **doklady (tj. faktury vystavené třetími stranami a paragony).**

Zadavatel nebo jeho zástupce uhradí Příjemci platby během čtyřicetipěti (45) dní od přijetí faktury a dalších požadovaných dokladů na základě návštěv absolvovaných Subjektem studie v souladu s připojeným Rozpočtem a tímto Přehledem poplatků a plateb.

DPH

Budget amounts are exclusive of VAT, which should be charged to Sponsor at the relevant rate, if applicable under national laws.

Částky uvedené v Rozpočtu jsou bez DPH, která bude Zadavateli účtována v odpovídající výši dle platných zákonů.

I. Institution / Zdravotnické zařízení: Kralovske Vinohrady University Hospital / Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████

██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████
██████████	██████████

II. Extra cycle procedures / Vyšetření navíc v rámci cyklu

III. Extra Post treatment assessments (every 12 weeks) / Hodnocení navíc po ukončení léčby (každých 12 týdnů)

IV. Conditional Procedures / Podmíněná vyšetření

[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]