

AMENDMENT No. 1 TO CLINICAL TRIAL AGREEMENT

This Amendment to Clinical Trial Agreement (“Amendment”) is between

1. IQVIA RDS Czech Republic s.r.o, having a place of business at Pernerova 691/42, 186 00 Praha 8 - Karlín, Czech Republic, Identification number: 24768651, Tax identification number: CZ24768651, represented by Ing. Eva Falbrová, Managing Director (“**IQVIA**”) and
2. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, having a place of business at U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, Czech Republic, Identification number: 00064165, Tax identification number: CZ00064165, represented by [REDACTED] (“**Institution**”) and
3. [REDACTED] (“**Investigator**”) and is effective as of the date last signed below.

Each a “Party” and together the “Parties”.

WITNESSETH:

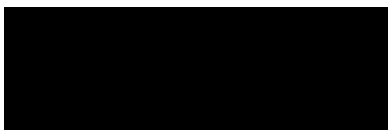
WHEREAS, IQVIA, Institution and Investigator are parties to an agreement entitled CLINICAL TRIAL AGREEMENT effective as of 4 March 2021 (the “Agreement”), and the parties desire to amend such Agreement;

NOW THEREFORE, in consideration of the mutual promises and covenants set forth herein, and other good and valuable consideration, the receipt and sufficiency of which is hereby acknowledged, the parties hereby agree to amend the Agreement as follows:

Attachment A - Budget and Payment Schedule - section M. Budget table is replaced and updated as follows:

The estimated value of financial payment under this Agreement Amendment shall be approximately CZK 540 000

1. Visit table and Conditional Procedure table are entirely replaced by the following:



Attachment A BUDGET AND PAYMENT SCHEDULE, Article L CONDITIONAL PROCEDURES, table Conditional Procedure is canceled and entirely replaced by the following table

DODATEK č.1 KE SMLOUVĚ O PROVÁDĚNÍ KLINICKÉHO HODNOCENÍ

Tento dodatek ke smlouvě o provádění klinického hodnocení (dále, „Dodatek“) je uzavírán mezi

1. společností IQVIA RDS Czech Republic s.r.o, se sídlem Pernerova 691/42, 186 00 Praha 8 - Karlín, Česká republika, Identifikační číslo: 24768651, Daňové identifikační číslo: CZ24768651, zastoupenou Ing. Evou Falbrovou, jednatelkou („dále „**IQVIA**“), a
2. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, se sídlem U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, Česká republika, Identifikační číslo: 00064165, Daňové identifikační číslo: CZ00064165 zastoupená [REDACTED] (dále „**Zdravotnické zařízení**“), a
3. [REDACTED] (dále „**Zkoušející**“), s účinností k datu posledního podpisu níže.

Každá samostatně jako „Strana” a společně jako „Strany”.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ:

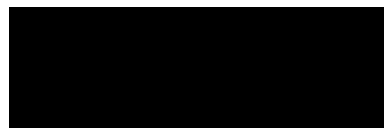
VZHLEDEM K TOMU, že společnost IQVIA, **Zdravotnické zařízení** a **Zkoušející** jsou stranami smlouvy nazvané SMLOUVA O KLINICKÉM HODNOCENÍ účinné od 4.března 2021 (dále jen „Smlouva“), kterou si přejí změnit.

NYNÍ PROTO jako protiplnění za vzájemné závazky a přísliby uvedené ve Smlouvě a další řádná a hodnotná protiplnění, jejichž přijetí a dostatečnost je tímto potvrzena, se smluvní strany dohodly na změně Smlouvy takto:

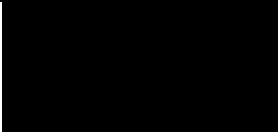
Příloha A – Rozpočet a rozpis plateb – odstavec M. Tabulka s rozpočtem se nahrazuje a aktualizuje takto

Odhadovaná hodnota finančního plnění na základě Smlouvy ve znění Dodatku bude přibližně 540 000 Kč

1. Tabulka návštěv a tabulka podmíněných úkonů se zcela nahrazují následujícími tabulkami:



Příloha A ROZPOČET A ROZPIS PLATEB, článek L. PODMÍNĚNÉ PROCEDURY, tabulka podmíněné procedury se ruší a zcela nahrazují následující tabulkou:



All terms and conditions of the Agreement not expressly amended by this Amendment remain in full force and effect.

IN WITNESS WHEREOF, this Amendment has been executed by the parties hereto through their duly authorized officers on the date(s) set forth below.

This Amendment is executed in 3 counterparts, one of which will receive each Party.

Parties hereby acknowledge that this Amendment shall be published pursuant to Act No. 340/2015 Coll., on an Agreement Register. The version for publication shall be created and provided to the Institution by the IQVIA in a machine-readable format to the following e-mail address: [REDACTED] on the date of the execution hereof. The Institution will inform IQVIA of publishing the Agreement in the Agreements Register by designating the following email address: [REDACTED] as the email address to which a notification of publication in the Agreements register shall be sent.

The Amendment is drawn up in English and in Czech language versions. In case of any dispute Czech language version shall prevail.



Všechny podmínky Smlouvy, které nejsou výslovně změněny tímto Dodatkem, zůstávají v plném rozsahu platné a účinné.

Tento Dodatek byl uzavřen smluvními stranami prostřednictvím jejich řádně oprávněných zástupců k datu uvedenému (datům uvedeným) níže.

Tento Dodatek je vyhotoven ve třech (3) vyhotoveních, z nichž každá smluvní strana obdrží po jednom.

Smluvní strany berou na vědomí, že tento Dodatek bude uveřejněn podle zákona č. 340/2015 Sb., o registru smluv. Verzi Dodatku k uveřejnění vytvoří a poskytne Zdravotnickému zařízení IQVIA nejpozději v den podpisu Dodatku, a to ve strojově čitelném formátu v elektronické podobě zasláním na emailovou adresu: [REDACTED]. Zdravotnické zařízení vyrozumí IQVIA o uveřejnění Dodatku v registru smluv tak, že ve formuláři používaném k uveřejnění smlouvy zadá adresu [REDACTED] jako emailovou adresu, na kterou má být zaslána notifikace o uveřejnění v registru smluv.

Tento dodatek je vyhotoven v anglickém a v českém jazyce. V případě jakýchkoli rozporů bude rozhodující česká verze.

ACKNOWLEDGED AND AGREED BY IQVIA Czech Republic, s.r.o. (Under a Power of Attorney IQVIA RDS Czech Republic s.r.o. dated 9 March 2020) / NA DŮKAZ SOUHLASU PŘIPOJUJE SVŮJ PODPIS OPRÁVNĚNÝ ZÁSTUPCE IQVIA Czech Republic s.r.o. (na základě plné moci IQVIA RDS Czech Republic s.r.o. ze dne 9.března 2020)

By / Jméno: Ing.Eva Falbrová

Title / Funkce: Executive / jednatel

Signature / Funkce: _____
Date / Datum: _____

ACKNOWLEDGED AND AGREED BY THE INVESTIGATOR / NA DŮKAZ SOUHLASU PŘIPOJUJE SVŮJ PODPIS ZKOUŠEJÍCÍ

By / Jméno: [REDACTED]

Signature / Funkce: _____
Date / Datum: _____

ACKNOWLEDGED AND AGREED BY Všeobecná fakultní nemocnice v Praze / NA DŮKAZ SOUHLASU PŘIPOJUJE SVŮJ PODPIS OPRÁVNĚNÝ ZÁSTUPCE Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

By / Jméno: [REDACTED]

Title / Funkce: Under a power of attorney / Na základě plné moci

Signature / Funkce: _____
Date / Datum: _____