

EXHIBIT 2 – PAYMENT RULE FORM	PŘÍLOHA 2 - FORMULÁŘ PŘEDPISU PLATEB
COUNTRY: Czech Republic CENTRE #: 0172 INSTITUTION: Military University Hospital Prague INVESTIGATOR [REDACTED]	STÁT: Česká republika Č. CENTRA: 0172 INSTITUCE: Military University Hospital Prague ZKOUŠEJÍCÍ [REDACTED]
Payment will be in EUR . Payments will be processed on a quarterly basis with the payment run cut-offs on March 31 st , June 30 th , September 30 th and December 31 st of each year. Payments will be issued and sent out within 25 days from the processing/run date (e.g., payment for run date March 31 st will be sent on or prior to April 25 th) provided that a minimum of 500 EUR has been earned within such payment period. Payments will be made for all CRFs received and validated to be clean prior to this date, according to the attached payment schedule. Payments will be made to only one party. (<u>ALL INFORMATION BELOW MUST BE PRINTED</u>)	Platba bude provedena v EUR . Platby budou prováděny čtvrtletně s termíny výplaty 31. března, 30. června, 30. září a 31. prosince každého roku. Platby budou vystaveny a odeslány do 25 dnů od data zpracování (tj. platba k 31. březnu bude zaslána nejpozději do 25. dubna) za předpokladu, že získaná částka za dané období činí minimálně 500 EUR . Platby budou provedeny na základě CRF obdržených, schválených a bez výhrad k datu zpracování v souladu s harmonogramem plateb. Platby budou vyplaceny pouze jedné straně. (<u>VŠECHNY NÍŽE UVEDENÉ INFORMACE MUSÍ BÝT VYTÍŠTĚNY</u>)
The following information is required in order to generate payment by wire transfer. Incomplete information could result in delay in payment.	Následující informace jsou nezbytné k provedení platby převodem. Neúplné informace mohou mít za následek zdržení platby.
Bank Name / Název banky:	Česká národní banka
Bank Address / Adresa banky:	Na Příkopě 864/28, 110 00 Praha 1
Bank SWIFT code / SWIFT kód:	CNBACZPP
Beneficiary Name / Jméno příjemce:	Ústřední vojenská nemocnice-Vojenská fakultní nemocnice Praha
Beneficiary Address / Adresa příjemce:	U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6
Beneficiary IBAN or Account number / IBAN nebo číslo účtu příjemce:	CZ 96 0710 0000 0000 3212 3881 32123881/0710
Reference (if applicable) / Reference (pokud je to vhodné)	
Contact name and email of person generating the invoice (if applicable) / Jméno a e-mail kontaktní osoby, která vystavuje faktury (v případě potřeby):	
The information below is required before PHRI can initiate any payment. / Aby mohl PHRI provést požadovanou platbu, potřebuje nejprve níže uvedené informace.	
Are you an entity that has to submit value added tax? ___Yes ___ Tax rate: ___%	Jste plátcem DPH? ___Ano ___ Daňová sazba: ___%
If payment to the Investigator please provide following / V případě platby Zkoušejícímu uveďte následující údaje:	
Social Security (US) / Social Insurance Number (Canada) or other applicable personal income tax identifier #:	Číslo sociálního zabezpečení (USA) / číslo sociálního pojištění (Kanada) nebo jiné osobní číslo pro identifikaci daně z příjmu:
Investigator First Name, Middle Initial and Last Name:	Křestní jméno a příjmení zkoušejícího:
If payment to a business entity such as the Investigator's professional corporation or the Institution please provide the following / V případě platby podnikatelskému subjektu, jako je profesní společnost zkoušejícího nebo instituce, uveďte následující údaje:	
Tax ID #/GST Registration #:	DIČ/č. registrace GST:
For HHSC use only – Vendor ID #:	Pouze pro účely HHSC – Identifikační číslo prodejce: