

AMENDMENT #1 TO CLINICAL STUDY AGREEMENT

This Amendment (the “**Amendment**”) to the Clinical Study Agreement, dated 16-Feb-2023 (the “**Agreement**”), for the clinical study (the “**Study**”) conducted in accordance with the protocol MORF-057-202 “A Phase 2b, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study to Evaluate the Safety and Efficacy of 3 Active Dose Regimens of MORF-057 in Adults with Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis (EMERALD-2)” and any amendments thereto (the “**Protocol**”), is made by and between:

Hospital Slaný, Politických vězňů 576, 274 01 Slaný, Czech Republic (the “**Institution**”)

and

Morphic Therapeutic, Inc., 35 Gatehouse Drive, Suite A2, Waltham, MA 02451, USA (“**Sponsor**”).

PREAMBLE:

WHEREAS, the parties wish to revise the Annex to the Financial Arrangements, Attachment 1 to the Agreement (the “**Annex to the Financial Arrangements**”) in order to reflect the parties revised agreement regarding compensation;

WHEREAS, the parties agree that for the purposes of efficient payment administration they will completely replace the contents of the Annex to the Financial Arrangements with the relevant updated contents;

WHEREAS, in order to so replace the contents of the Annex to the Financial Arrangements, the parties have agreed to enter into this Amendment.

NOW, THEREFORE, in consideration of the terms and conditions set forth herein, the parties agree as follows:

DODATEK Č. 1 KE SMLOUVĚ O PROVEDENÍ KLINICKÉ STUDIE

Tento dodatek (dále jen „**Dodatek**“) ke Smlouvě o provedení klinické studie ze dne 16.2.2023 (dále jen „**Smlouva**“) týkající se klinické studie (dále jen „**Studie**“) prováděné v souladu s protokolem MORF-057-202 „Randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie fáze 2b k vyhodnocení bezpečnosti a účinnosti 3 aktivních dávkových režimů MORF-057 u dospělých se středně těžkou až těžkou aktivní ulcerózní kolitidou (EMERALD-2)“ a veškerými jeho dodatky (dále jen „**Protokol**“), se uzavírá mezi následujícími stranami:

Nemocnice Slaný, Politických vězňů 576, 274 01 Slaný, Česká republika (dále jen „**Zdravotnické zařízení**“)

a

Morphic Therapeutic, Inc., se sídlem 35 Gatehouse Drive, Suite A2, Waltham, MA 02451, USA (dále jen „**Zadavatel**“).

PREAMBULE:

VZHLEDEM K TOMU, ŽE si strany přejí revidovat Přílohu k Finančnímu ujednání uvedenou v Příloze 1 ke Smlouvě (dále jen „**Příloha k finančním ujednáním**“), tak, aby odrážela revidovanou dohodu stran ohledně kompenzace;

VZHLEDEM K TOMU, ŽE strany souhlasí s tím, aby obsah Přílohy k finančním ujednáním byl zcela nahrazen relevantním aktualizovaným obsahem za účelem efektivní úhrady plateb;

VZHLEDEM K TOMU, ŽE strany souhlasí s uzavřením tohoto Dodatku za účelem nahrazení obsahu Přílohy k finančním ujednáním;

SE NYNÍ PROTO strany při zvážení podmínek stanovených tímto Dodatkem dohodly následovně:

1. The Annex to the Financial Arrangements shall be replaced in its entirety by the revised Annex to the Financial Arrangements as attached to this Amendment.

2. This Amendment shall be considered effective as of 09-Oct-2023.

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

4. 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]

1. Příloha k finančním ujednáním je zcela nahrazena revidovaným zněním Přílohy k finančním ujednáním připojeným k tomuto Dodatku.

2. Tento Dodatek se považuje za účinný ode dne 9.10.2023.

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

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

[NÁSLEDUJE PODPISOVÁ STRANA]

By signing below, each party hereby accepts and agrees to the above terms and conditions.

Podpisem tohoto Dodatku níže jednotlivé strany přijímají výše uvedené podmínky a vyjadřují s nimi souhlas.

The Institution/Zdravotnické zařízení: Hospital Slaný / Nemocnice Slaný

Name/Jméno: [REDACTED]

Title/Pozice: [REDACTED]

Dated/Datum: _____

Sponsor: Morphic Therapeutic, Inc./Zadavatel: Morphic Therapeutic, Inc. (signed by PSI CRO Czech Republic s.r.o. in the name of the Sponsor, based on a power of attorney/podepsáno společností PSI CRO Czech Republic s.r.o. jménem Zadavatele na základě plné moci)

Name/Jméno: [REDACTED]

Title/Pozice: [REDACTED]

Dated/Datum:

Name/Jméno: [REDACTED]

Title/Pozice: [REDACTED]

Dated/Datum:

ANNEX TO THE FINANCIAL ARRANGEMENT

This Annex defines the compensation to be paid under the Agreement. The column "Invoice initiated by" indicates if the payment of the particular fee will be initiated by PSI via a Quarterly Overview or by the Institution via an invoice.

1. Per Visit Fees

The per visit fees shall be calculated in accordance with the below table based on (i) the number of Study subjects and (ii) the number of visits performed and completed CRF sections and verified by a PSI monitor with respect to these Study subjects in compliance with the Agreement.

Treatment / Léčba

Treatment / Léčba		
██	██████	██████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████
██	█████	█████

PŘÍLOHA K FINANČNÍM UJEDNÁNÍM

Touto Přílohou se definuje odměna, která má být vyplacena dle Smlouvy. Sloupec nazvaný „Fakturu inicioval“ ukazuje, zda bude platba konkrétního poplatku iniciována PSI prostřednictvím Čtvrtletního přehledu nebo Zdravotnickým zařízením prostřednictvím faktury.

1. Poplatky za jednotlivé návštěvy

Poplatky za jednotlivé návštěvy se vypočítávají v souladu s tabulkou níže v závislosti na (i) počtu Subjektů hodnocení a (ii) počtu uskutečněných návštěv a vyplněných oddílů CRF s ohledem na tyto Subjekty hodnocení ověřených monitorem PSI v souladu se Smlouvou.

PSI Template, General, 18NOV2020
Sponsor approved 12Oct2022

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

2. Additional Procedural Fee/

Further to the per visit fees, the following unscheduled and/or additional procedures or visits will be compensated upon occurrence.

2. Dodatečné procedury

Dále budou mimo poplatků za jednotlivé návštěvy hrazeny také níže uvedené neplánované a/nebo dodatečné procedury nebo návštěvy dle jejich absolvování.

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

[REDACTED]	■	■	[REDACTED]
[REDACTED]	■	■	[REDACTED]
[REDACTED]	■	■	[REDACTED]
[REDACTED]	■	■	[REDACTED]
[REDACTED]	■	■	[REDACTED]
[REDACTED]	■	■	[REDACTED]

3. Screen Failures

Screen Failure shall mean a Study subject for whom the screening visit has been performed, including signing Informed Consent Form, but who could not be effectively included in the Study under the exclusion/inclusion criteria or for other reasons. PSI shall pay for two (2) initial Screen Failure subjects in accordance with the cost for Screen Failure listed in Table 2 above (depending at which stage patient was considered a Screen Failure, this would be either total for Screen Failure Stage 1 and 2 or a fee for Screen Failure Stage 1 only). Subsequently, PSI shall pay for up to two (2) Screen Failure subjects per each randomized subject (2:1 ratio). Additional Screen Failures may be reimbursed only upon prior written Sponsor/PSI approval (e-mail shall suffice).

3. Neúspěšný screening

Neúspěšným screeningem se rozumí subjekt hodnocení, u něhož byla provedena vstupní (screeningová) návštěva, včetně podpisu informovaného souhlasu, ale který nemohl být účinně zařazen do studie na základě vylučovacích/zařazovacích kritérií nebo z jiných důvodů. Společnost PSI zaplatí za dva (2) neúspěšně screenované subjekty v souladu s náklady na neúspěšný screening uvedenými v tabulce 2 výše (v závislosti na tom, ve které fázi byl pacient posouzen jako neúspěšný screening by to byl buď celkový poplatek za Neúspěšný screening Etapa 1 a 2, nebo poplatek pouze za Neúspěšný screening Etapa 1). Následně společnost PSI zaplatí až za dva (2) Neúspěšné screeniny na každý randomizovaný subjekt (v poměru 2:1). Další Neúspěšné screeniny lze proplatit pouze na základě předchozího písemného souhlasu zadavatele/společnosti PSI (postačí e-mailem).

4. Study Subject Reimbursement

Reasonable expenses (including travel-related expenses) incurred by Study subjects in connection with their participation in the Study, where applicable as per the Informed Consent Form (ICF) and Applicable Regulatory Requirements, shall be reimbursed to Study subjects in the amount of [REDACTED] for each Study-related visit (including the colonoscopy Study visit). Higher amounts will be reimbursed upon Sponsor's approval, required prior to the reimbursement, and subject to submission of supportive documentation (e.g. receipts, tickets, checks, justifications, as well as other supporting documentation), attached to the Reimbursement Log indicating the patient number, the visit number and date, travel details, type of transport.

Additionally, the person accompanying the Study subject for the above-mentioned colonoscopy visit (escort) will also be reimbursed, in the amount of [REDACTED].

Reimbursement of such expenses shall be made through the PSI who shall reimburse the Study subject and/or escort (as the case).

4. Cestovní náhrady subjektům studie

Odpovídající výdaje (včetně cestovních výdajů), které vzniknou Subjektům hodnocení v souvislosti s jejich účastí ve studii, v oprávněných případech dle Informovaného souhlasu (IS) a platných regulačních předpisů, budou Subjektům hodnocení uhrazeny ve výši [REDACTED] za každou studijní návštěvu (včetně studijní návštěvy s kolonoskopií). Vyšší částky budou proplaceny po předchozím schválení zadavatelem a po předložení podpůrné dokumentace (např. účtenky, jízdenky, šeky, odůvodnění, stejně jako další podpůrná dokumentace připojená k výkazu cestovních náhrad (Reimbursement log) s číslem pacienta, číslem a datem návštěvy, podrobnostmi o cestě a druhem dopravy.

Dále bude proplaceno [REDACTED] také osobě doprovázející Subjekt hodnocení na výše uvedenou návštěvu s kolonoskopií (doprovod).

Úhrada těchto výdajů se provádí prostřednictvím společnosti PSI, která uhradí náklady subjektu studie a/nebo případně jeho doprovodu.