
**DOHODA O ZMĚNĚ ČÍSLO 1 SMLOUVY O PROVEDENÍ KLINICKÉHO HODNOCENÍ
HUMÁNNÍHO LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU**

uzavřené mezi

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

a

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje

a

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Název klinického hodnocení: **A Multicentre, Randomised, Double-blind, Placebo-Controlled, Phase 2b Study to Evaluate the Safety of Zibotentan/Dapagliflozin in Combination Compared to Zibotentan Monotherapy as well as Zibotentan/Dapagliflozin and Zibotentan Monotherapy Compared to Placebo in Participants with Cirrhosis.**

Kód klinického hodnocení: **D4326C00004**

Číslo místa klinického hodnocení: **1904**

Místo klinického hodnocení: **Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
nemocnice Středočeského kraje
Gastroenterologické oddělení
Václava Klementa 147
293 01 Mladá Boleslav**

DOHODA

SMLUVNÍ STRANY

- (1) **AstraZeneca Czech Republic s.r.o.**, se sídlem U Trezorky 921/2, Jinonice, 158 00 Praha 5, IČO 63984482, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. C 38105 (“**Společnost**”); a
- (2) **Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje**, se sídlem třída Václava Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav, IČO 27256456, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. B 10019 (“**Poskytovatel**”); a
- (3) XXXXXXXXXXXXXXX, evidenční číslo České lékařské komory XXXXXXXX, IČO XXXXXXX, se sídlem XXXXXXXXXXXXXXX (“**Hlavní zkoušející**”),

společně jako “**Smluvní strany**” a jednotlivě jako “**Smluvní strana**”.

PREAMBULE

- (a) Smluvní strany si přejí změnit Smlouvu o provedení klinického hodnocení humánního léčivého přípravku ze dne 26.3.2024 v platném znění („**Smlouva**“).
- (b) Smluvní strany si přejí být nadále vázány Smlouvou ve znění této dohody („**Dohoda**“).
- (c) Tato Dohoda podléhá uveřejnění v registru smluv podle zák. č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), v platném znění („**Zákon o registru**“), a to spolu se Smlouvou, nebyla-li již dříve Smlouva v registru smluv uveřejněna. Smluvní strany se dohodly, že Poskytovatel tuto Dohodu ve znění, které si Smluvní strany předem písemně odsouhlasí, vloží do registru smluv, včetně metadat. Poskytovatel se zavazuje zaslat Dohodu do registru smluv neprodleně po podpisu Dohody, nejpozději však do 30 dnů od obdržení Dohody podepsané oběma Smluvními stranami. Současně se Poskytovatel zavazuje v průvodním formuláři pro uveřejnění vyplnit ID datové schránky Společnosti, aby Společnost obdržela automaticky potvrzení o uveřejnění. ID datové schránky Společnosti je s9wnt2d.
- (d) Hodnota Smlouvy ve znění této Dohody pro účely uveřejnění v registru smluv činí (bez DPH) 515 124 Kč.

DATUM ÚČINNOSTI

Datem účinnosti této Dohody je datum dne uveřejnění této Dohody v registru smluv podle Zákona o registru, není-li v této Dohodě stanoveno pozdější datum účinnosti.

1. DEFINICE

Není-li v této Dohodě výslovně uvedeno jinak, mají výrazy označené velkým písmenem význam, jaký je těmto výrazům udělen ve Smlouvě, včetně jejích příloh.

2. ZMĚNY

- 2.1 Článek 2 Provedení klinického hodnocení se doplňuje následujícím zněním:

„2.6 Společnost uzavře s Krajskou nemocnicí Liberec, a.s., se sídlem Husova 1430/34, Liberec I - Staré Město, 460 01 Liberec, IČO 27283933 na vyšetření pomocí FibroScanu dle požadavků Protokolu samostatnou smlouvu.“

- 2.2 V Příloze B – Odměna, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- 2.3 V Příloze C – Vybavení, záznamy a zdroje, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

3. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- 3.1 Ustanovení Smlouvy nedotčená touto Dohodou platí v původním rozsahu a znění.
- 3.2 Tato Dohoda je vyhotovena ve třech stejnopisech a každá Smluvní strana obdrží po jednom. Tato Dohoda může být podepsána elektronicky s elektronickým, zejm. zaručeným nebo kvalifikovaným, podpisem.

ODSOUHLASENO SMLUVNÍMI STRANAMI K DATU, JAK NÍŽE UVEDENO.

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

**Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje**

Podpis

Podpis

Jméno: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Jméno: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funkce: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funkce: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datum:

Datum:

Hlavní zkoušející

**Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje**

Podpis

Podpis

Jméno: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Jméno: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datum:

Funkce: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datum: