

AMENDMENT #1 TO RADIOLOGY SERVICE AGREEMENT

This Amendment (the "**Amendment**") to the Radiology Service Agreement, with effective date 1 April 2025 (the "**Agreement**"), for the clinical study (the "**Study**") conducted in accordance with the protocol KRT-232-115 "A Phase 3, Randomized, Double-blind, Add-on Study Evaluating the Safety and Efficacy of Navtemadlin Plus Ruxolitinib vs Placebo Plus Ruxolitinib in Patients with Myelofibrosis Who Have a Suboptimal Response to Ruxolitinib" (amended title) and any further amendments thereto (the "**Protocol**"), is made by and between:

Vseobecna fakultni nemocnice v Praze (General University Hospital in Prague), U Nemocnice 499/2, 128 00 Prague 2, Czech Republic, ID No. 00064165, Tax ID No. CZ0064165, state-funded contributory organization, represented by [REDACTED]

[REDACTED], by Power of Attorney (the "**Service Provider**")

and

Kartos Therapeutics, Inc., a Delaware corporation, with a registered address at 275 Shoreline Drive, Suite 300 Redwood City, CA 94065, USA, ID No. 6536134, VAT: 82-3332666, represented by [REDACTED]

[REDACTED] and by [REDACTED], by Power of Attorney ("**Sponsor**")

PREAMBLE:

WHEREAS, the Parties wish to revise the Financial Arrangements, Attachment 1 to the Agreement (the "**Financial Arrangements**") in accordance with the Protocol Amendment 1, dated 18 February 2025 (the "**Protocol Amendment**");

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

DODATEK #1 KE SMLOUVĚ O POSKYTOVÁNÍ RADIOLOGICKÝCH SLUŽEB

Tento Dodatek (dále jen „**Dodatek**“) ke Smlouvě o poskytování radiologických služeb s datem účinnosti 1. dubna 2025 (dále jen „**Smlouva**“) ke klinické studii prováděné v souladu s Protokolem KRT-232-115 "Randomizovaná dvojitě zaslepená klinická studie fáze 3 hodnotící bezpečnost a účinnost Navtemadlinu přidaného k Ruxolitinibu ve srovnání s placebem přidaným k Ruxolitinibu u pacientů s myelofibrózou a se suboptimální odpovědí na Ruxolitinib" (pozměněný název) a veškeré jeho další změny a dodatky (dále jen „**Protokol**“) se uzavírá mezi:

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, Česká republika IČO: 00064165, DIČ: CZ00064165, státní příspěvková organizace, zastoupená na základě plné moci [REDACTED]

(dále jen „**Poskytovatel služeb**“)

a

Kartos Therapeutics, Inc., Delawarská společnost se sídlem 275 Shoreline Drive, Suite 300 Redwood City, CA 94065, USA, IČO: 6536134, DIČ: 82-3332666, zastoupená [REDACTED]

[REDACTED], na základě plné moci a [REDACTED] na základě plné moci (dále jen „**Zadavatel**“),

PREAMBULE:

VZHLEDEM K TOMU, ŽE si Strany přejí revidovat Finanční ujednání, tvořící přílohu č. 1 Smlouvy (dále jen „**Finanční ujednání**“) za účelem zavedení změn vyplývajících z Dodatku Protokolu 1, ze dne 18. února 2025 (dále jen „**Dodatek Protokolu**“);

VZHLEDEM K TOMU, ŽE Strany souhlasí s tím, aby byl obsah Finančních ujednání zcela nahrazen relevantním aktualizovaným obsahem za účelem efektivní úhrady plateb;

WHEREAS, in order to so replace the contents of 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:

1. The Financial Arrangements are hereby revoked in their entirety and replaced by the revised Financial Arrangements as attached to this Amendment.
2. This Amendment shall be considered effective as of the date of its publication in the Contract Register and shall apply retroactively as of the Protocol Amendment approval date by the competent authority and responsible ethics committee, as applicable.
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.

VZHLEDEM K TOMU, ŽE Strany souhlasí s uzavřením tohoto Dodatku za účelem nahrazení obsahu Finančních ujednání.

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

1. Finanční ujednání se tímto v celém rozsahu ruší a nahrazují revidovanými Finančními ujednáními, která tvoří přílohu tohoto Dodatku.
2. Tento Dodatek nabývá účinnosti ke dni uveřejnění Dodatku v registru smluv a bude platit zpětně ke dni schválení Dodatku Protokolem příslušným orgánem a odpovědnou etickou komisí, je-li to relevantní
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.

By signing below, each Party hereby accepts and agrees to the above terms and conditions. Podpisem níže každá ze Stran potvrzuje, že přijímá a souhlasí s výše uvedenými podmínkami

The Service Provider | Poskytovatel služeb: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Name | Jméno: [REDACTED]
Title | Pozice: [REDACTED] by Power of Attorney / [REDACTED] na základě plné moci
Dated | Datum: _____

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

Name | Jméno: [REDACTED]
Title | Pozice: [REDACTED], by Power of Attorney / na základě plné moci

Dated | Datum:

Name | Jméno: [REDACTED]
Title | Pozice: [REDACTED], by Power of Attorney / na základě plné moci

Dated | Datum:

Read and Acknowledged:

Name | Jméno: [REDACTED]
Dated | Datum:

2. INVOICING AND PAYMENTS

a) All invoices for the Services shall be addressed and sent to PSI at the following address:

PSI CRO Czech Republic s.r.o.
V Parku 2343/24, 148 00
Praha 4 - Chodov
Czech Republic
VAT ID: CZ28196775

and sent to: Finance-Prague@psi-cro.com

b) Within 10 (ten) days after the end of every quarter, the Service Provider shall provide PSI with an invoice/payment request (as applicable) and attach a detailed list of all Services rendered within the past quarter containing data regarding each individual service (protocol number, patient's study ID, date of performance, scope of the Services performed).

The billing documents (a summary of services provided during the quarter) will be sent to the Service Provider via PSI at:

Oddělení klinického hodnocení a výzkumu, U Nemocnice 2/499, Praha 2, 128 08, Czech Republic,
email: [REDACTED]
tel. [REDACTED]

Failure by PSI to provide the billing documents shall not relieve the Service Provider of the right to issue the relevant invoice in accordance with the payment terms agreed in the Agreement. In the event of a late payment that cannot in any way be attributed to the Service Provider, the Sponsor shall be obliged to pay default interest in accordance with applicable law. All payments made by the Sponsor, via PSI, to the Service Provider shall be clearly identified by the invoice number or the specific clinical trial reference number 5300924249.

2. FAKTURACE A PLATBY

a) Veškeré faktury za Služby budou adresovány a odeslány PSI na tuto adresu:

PSI CRO Czech Republic s.r.o.
V Parku 2343/24, 148 00
Praha 4 – Chodov
Česká republika
DIČ: CZ28196775

a zasílány na: Finance-Prague@psi-cro.com

b) Do 10 (deseti) dnů od ukončení každého čtvrtletí předá Poskytovatel služeb PSI fakturu / žádost o platbu (podle vhodnosti) a připojí k ní podrobný seznam všech Služeb provedených v uplynulém čtvrtletí, s uvedením údajů o každé jednotlivé službě (číslo protokolu, identifikační číslo pacienta ve studii, datum plnění, rozsah poskytnutých Služeb).

Podklady pro fakturaci (přehled poskytnutých služeb za čtvrtletí) budou Poskytovateli služeb zaslány prostřednictvím společnosti PSI na:

Oddělení klinického hodnocení a výzkumu, U Nemocnice 2/499, Praha 2, 128 08, Česká republika,
e-mail: [REDACTED]
tel. [REDACTED]

Případné nedodání podkladů k fakturaci společností PSI nezbavuje Poskytovatele služeb práva vystavit příslušnou fakturu dle platebních podmínek dohodnutých ve smlouvě. V případě pozdní platby, které nelze žádným způsobem přičíst Poskytovateli služeb, bude Zadavatel povinen uhradit úrok z prodlení dle platného zákona. Všechny platby provedené Zadavatelem, prostřednictvím PSI, Poskytovateli služeb budou jednoznačně identifikovány číslem faktury nebo specifickým symbolem čísla klinického hodnocení 5300924249.

c) Bank account details of the Service Provider for the purpose of making payments:

c) Bankovní spojení Poskytovatele služeb pro provádění plateb:

Payee Name / Jméno příjemce plateb:	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Payee Address / Adresa příjemce plateb:	U Nemocnice 499/2, 128 00 Praha 2, Czech Republic / Česká republika
Payee Tax or other Identification Number/ Daňové identifikační číslo příjemce plateb:	CZ00064165
Bank Name / Název banky:	Česká národní banka
Bank Address / Adresa banky	Na Příkopě 28, Praha 1, 115 03, Česká republika
IBAN Number / Číslo IBAN:	CZ33 0710 0000 0000 2403 5021
SWIFT CODE / Kód SWIFT:	CNBACZPP
Bank Account Number / Číslo účtu:	24035021/0710
Specific symbol / Specifický symbol:	5300924249

d) The Service Provider shall answer all questions from PSI and/or the Sponsor regarding the Services provided before PSI shall be obliged to make any payments hereunder. The Sponsor and/or PSI may also request information from the Investigator about the Services requested in order to check the information provided by the Service Provider.

e) The Sponsor shall ensure that PSI makes the payments in CZK within thirty (30) days after receipt of the undisputed invoice.

f) The Sponsor, through PSI, will only make payments to bank accounts located in the country where the Services under this Agreement have been performed.

d) Poskytovatel služeb zodpoví veškeré otázky PSI a/nebo Zadavatele ohledně poskytnutých Služeb, teprve poté bude PSI povinna provést platby podle této Smlouvy. Zadavatel a/nebo PSI si rovněž může vyžádat informace od Zkoušejícího o požadovaných Službách, aby ověřil informace poskytnuté Poskytovatelem služeb.

a) Zadavatel zajistí, aby PSI provedla platby v Kč do třiceti (30) dnů od obdržení nesporné faktury.

b) Zadavatel, prostřednictvím PSI, bude provádět platby pouze na bankovní účty existující v zemi, kde byly Služby podle této Smlouvy provedeny.