

**DODATEK Č. 1 KE SMLOUVĚ O VÝPŮJČCE**

Tento Dodatek č. 1 (dále jen „**Dodatek**“), s účinností dnem jeho podpisu oběma smluvními stranami (dále jen „**Datum účinnosti**“) mění smlouvu o výpůjčce (dále jen „**Smlouva**“) účinnou od 16.9.2024 uzavřenou mezi společností Merck Sharp & Dohme s. r. o. se sídlem Na Valentince 3336/4, 150 00 Praha 5 (dále jen „**Půjčitel**“), a **Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze** se sídlem U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, IČ: 000 64 165, DIČ: CZ00064165, zastoupenou [REDAKCE]

[REDAKCE] (dále jen „**Vypůjčitel**“)

(Půjčitel a Vypůjčitel každá samostatně jako „**Smluvní strana**“ a společně dále jen „**Smluvní strany**“).

**VZHLEDEM K TOMU, ŽE** účelem tohoto Dodatku je změnit smlouvu a upravit Oddíl I tak, aby byly přidány další předměty („**Zařízení**“), které budou vypůjčiteli poskytnuty k bezplatnému použití.

**NYNÍ SE**, na základě těchto skutečností a níže uvedených vzájemných slibů, závazků a podmínek Smluvní strany dohodly na následující změně Smlouvy:

1. V Oddíle I smlouvy se doplňují tato Zařízení:

• [REDAKCE]

[REDAKCE]

[REDAKCE]

2. Příloha 1 Smlouvy o výpůjčce se nahrazuje Přílohou 1 připojenou k tomuto Dodatku.

3. Všechny podmínky Smlouvy, které nejsou výslovně změněny tímto Dodatkem, zůstávají v plné platnosti a účinnosti.

Příloha 1: Seznam dodané techniky

**NA DŮKAZ ČEHOŽ**, Smluvní strany, každá z nich prostřednictvím k tomu řádně oprávněného zástupce, podepsaly tento Dodatek k datu, které je uvedeno níže.

[NÁSLEDUJE STRANA S PODPISY]

V Praze, dne

V Praze, dne

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Clinical Research Director CZ & SVK, GCTO

zástupce vypůjčitele



## VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ/ID no.: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář/Form | F-VFN-416 | strana 1 z 2/page 1 of 1 | verze 3/version 3

### SEZNAM DODANÉ TECHNIKY / LIST OF PROVIDED DEVICES

Popis dodané techniky/Description of provided devices:				
Název přístroje / Equipment name				
Výrobce / Manufacturer				
Typ / Type				
Výrobní číslo(a) / Serial no.				
Třída ZP <sup>1</sup> / Class of Medical Device <sup>1</sup>	I	I	I	I
Instruktaž <sup>2</sup> / Training <sup>2</sup>				
Požadované opakované činnosti (uveďte „Ne“ nebo požadovanou periodu) / Required repeated actions (please specify „No“ or specify required period)				
PBTK <sup>3</sup>				
Validace / Validation				
Kalibrace / Calibration				
Elektrická revize / Electric revision				
Tlaková revize plynové nádoby / Pressure inspection of gass container				
Kontrola naříz. Výrobcem / Revision required by manufacturer				

Dodáno na základě smlouvy nebo objednávky / Shipped to site based on the agreement or order:	
Datum předání/ date of handover:	

<sup>1</sup> Dle Nařízení vlády č. 54/2015 Sb., 55/2015 Sb a 56/2015 Sb. – uveďte – „není ZP“ nebo příslušnou třídu ZP – I, IIa, IIb, III, IVD/ In accordance with governmental regulation no. 54/2015 Coll., 55/2015 Coll. and 56/2015 Coll. – specify – „is not MD“ or specify class of MD - I, IIa, IIb, III, IVD

<sup>2</sup> Dle §61 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích - u aktivních zdravotnických prostředků třídy IIb a III, AIZP a tam, kde to stanovil výrobce/ according to §61 of Act no. 268/2014 Coll. on medical devices – applicable to active MD class IIb and III, AIZP and where required by the manufacturer

<sup>3</sup> Pravidelná bezpečnostně technická kontrola dle požadavku výrobce a zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích/ Periodic safety-technical inspection as required by the manufacturer and according to Act no. 268/2014 Coll. on medical devices



## VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ/ID no.: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář/Form | F-VFN-416 | strana 2 z 2/page 1 of 1 | verze 3/version 3

### SEZNAM DODANÉ TECHNIKY / LIST OF PROVIDED DEVICES

<p>Za dodavatele (Jméno, Podpis, Razítko) / For Lender (Name, Signature, Stamp)</p>	<p>Za přejímajícího (Jméno, Podpis, Razítko) / For Borrower (Name, Signature, Stamp)</p>
---	--

Vyplní dodavatel při předání, přejímající potvrdí správnost údajů a formulář předá OZT/ To be completed by Lender at the time of handover, borrower will confirm the accuracy of data and forward the form to Medical Devices department.