

**AMENDMENT #1
TO CLINICAL STUDY SITE AGREEMENT**

This Amendment #1 (the “**Amendment**”), effective as of the date of last signature below (the “**Effective Date**”), modifies and amends the Clinical Study Site Agreement for Protocol Number [REDACTED], effective as of 28th June 2016 (the “**Agreement**”), by and between,

University Medical Center Utrecht, with its principal office at Heidelberglaan 100 in Utrecht, Netherlands, represented by: [REDACTED] (“**Utrecht**”);

and

Oblastní nemocnice Kolin, a.s., nemocnice Středočeského kraje, with its registered address at Žižkova 146, 280 02 Kolin, Czech Republic represented by MUDr. Petr Chudomel, director, registered in the Commercial Register at the Municipal Court in Prague, Section B, Insert 10018

Company ID no.: 27256391

Tax ID no.: CZ2725639

(“**Institution**”),

and

MedImmune, LLC, a wholly owned subsidiary of AstraZeneca, AB, with offices located at One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878 Represented by its authorized agent, PPD Czech Republic, s.r.o. (“**MedImmune**”).

And

MUDr. Martin Novacek, address at [REDACTED]

DOB: [REDACTED]
 (“**Investigator**”)

RECITALS

WHEREAS, MedImmune, Utrecht, Investigator and Institution entered into the Agreement for the conduct of a study in accordance with Protocol Number [REDACTED]

WHEREAS, MedImmune, Utrecht, Investigator and Institution desire to amend the Agreement in order to modify the specific terms of the Agreement;

**DODATEK Č. 1
KE SMLOUVĚ O ŘEŠITELSKÉM CENTRU
KLINICKÉHO HODNOCENÍ**

Tento dodatek č. 1 („**dodatek**“), nabývající účinnosti k datu připojení posledního podpisu níže („**datum účinnosti**“) upravuje a doplňuje smlouvu o řešitelském centru klinického hodnocení k protokolu číslo [REDACTED], účinnou k datu 28.06.2016 („**smlouva**“), uzavřenou mezi

University Medical Center Utrecht se sídlem na adrese Heidelberglaan 100 v Utrechtu, Nizozemsku zastoupena [REDACTED] („**Utrecht**”),

a

Oblastní nemocnice Kolin, a.s., nemocnice Středočeského kraje, se sídlem : Žižkova 146, 280 00 Kolin, Česká republika, zastoupená MUDr. Petrem Chudomelem, ředitelem, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddílu B, vložce

IČO: 27256391

DIČ: CZ27256391

(„**Zdravotnické zařízení** ”)

a

MedImmune, LLC, plně vlastněnou dceřinou společností AstraZeneca, AB se sídlem na adrese One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878 Zastoupená svým pověřeným zástupcem, PPD Czech Republic, s.r.o. („**MedImmune**”).

A

MUDr. Martin Nováček, bytem na adrese [REDACTED]

Datum narození: [REDACTED]
 („**Zkoušející**“)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

VZHLEDEM K TOMU, ŽE MedImmune, Utrecht, Zkoušející a Zdravotnické zařízení uzavřely tuto smlouvu za účelem provedení klinického hodnocení s protokolem číslo [REDACTED]

VZHLEDEM K TOMU, ŽE MedImmune, Utrecht Zkoušející a Zdravotnické zařízení si přejí smlouvu doplnit a upravit tak její specifické podmínky,

NOW, THEREFORE, in consideration of the promises and of the mutual covenants and agreements herein set forth, the parties hereto agree as follows:

1. Exhibit I (Budget & Payment Schedule): Exhibit I of the Agreement is hereby deleted in its entirety and replaced with the revised Exhibit I, attached hereto as Exhibit I.

2. All other terms and conditions of the Agreement shall remain in full force and effect.

This Amendment, along with its Exhibits, and the Agreement set forth the entire agreement and understanding between the parties as to the subject matter thereof and supersedes all prior agreements and understandings in this respect. There shall be no amendments or modifications to this Amendment or the Agreement, except by a written document, which is signed by both parties.

[Signatures begin on next page.]

SE TUDIŽ se zřetelem na přísliby a vzájemné závazky a dohody zde uvedené smluvní strany této smlouvy dohodly takto:

1. Příloha I (Rozpočet a rozpis plateb): Příloha I smlouvy se tímto celá škrtná a nahrazuje se upravenou přílohou I, která je k tomuto dodatku připojena jako příloha I.

2. Veškeré ostatní podmínky smlouvy zůstávají plně platné a účinné.

Tento dodatek, spolu s jeho přílohami a smlouvou, představuje úplnou smlouvu a ujednání smluvních stran týkající se jejího předmětu a nahrazuje veškeré předchozí smlouvy a ujednání, které se jej týkají. Tento dodatek nebo smlouvu nelze doplnit či upravit jinak než na základě písemného dokumentu podepsaného oběma smluvními stranami.

[Podpisová část začíná na další straně.]


IN WITNESS WHEREOF, the parties have each caused this Amendment to be signed and delivered by its duly authorized officer or representative as of the Effective Date.

NA DŮKAZ VÝŠE UVEDENÉHO zajistila každá ze smluvních stran podpis a vyhotovení tohoto dodatku svým řádně oprávněným jednatelem nebo zástupcem k datu účinnosti.

MedImmune, LLC - Represented by its authorized agent, PPD Czech Republic, s.r.o. / **MedImmune, LLC** - Zastoupená svým pověřeným zástupcem, PPD Czech Republic, s.r.o.


By/Podpis: 
Name/Jméno: _____
Title/Funkce: _____
Date/Datum: _____

University Medical Center Utrecht


By/Podpis: 
Name/Jméno: 
Title/Funkce: 
Date/Datum: _____

By/Podpis: 
Name/Jméno: 
Title/Funkce: 
Date/Datum: _____

Oblastni nemocnice Kolin, a.s., nemocnice Středočeského kraje

By/Podpis: 
Name/Jméno: MUDr. Petr Chudomel
Title/Funkce: director/ředitel
Date/Datum: _____

Principal Investigator / Hlavní zkoušející

By/Podpis: 
Name/Jméno: MUDr. Martin Nováček
Title/Funkce: Investigator/zkoušející
Date/Datum: _____

**EXHIBIT I
BUDGET & PAYMENT SCHEDULE**

Payments under this Agreement will reference this Agreement, be paid in Czech Crowns, and be made payable to:

Name: **Oblastní nemocnice Kolin, a.s., nemocnice Stredočeskeho kraje**
Attn: Miroslava Krejcarová
Address: Zizkova 146, 280 02 Kolin, Czech Republic
Tax I.D.: Number CZ 27256391

Wire Transfer Information

Bank Name: Komerční banka a.s.
Account Holder: Oblastní nemocnice Kolin, a.s., nemocnice Stredočeskeho kraje
Address account Holder: Zizkova 146, 280 02 Kolin, Czech Republic
Account Number: [REDACTED]
IBAN Number: [REDACTED]
SWIFT/BIC Number: [REDACTED]
("Payee")

Name: **MUDr. Martin Novacek**
Attn: **MUDr. Martin Novacek**
Address: [REDACTED]
Tax I.D.: Number CZ7107040798

Wire Transfer Information

Bank Name: Fio banka, a.s.
Account Holder: MUDr. Martin Novacek
Address account Holder: [REDACTED]
Account Number: [REDACTED]
IBAN Number: [REDACTED]
SWIFT/BIC Number: [REDACTED]
("Payee")

Screen Failure Payments: Reimbursement for screening visits completed for Study Subjects who were not enrolled into the Study due to failure to meet eligibility criteria as follows: Institution/Investigator will complete Screen Failure Electronic Case Report Forms (eCRF) on a regular basis throughout the Study, as defined by Study procedures. MedImmune and/or its designated representatives will review the Study Subject's signed informed consent form for participation in the Study and verify that screening visit procedures have been performed; Upon verification, Payee will

**PŘÍLOHA I
ROZPOČET A ROZPIS PLATEB**

Platby podle této smlouvy budou ve svých identifikačních údajích obsahovat odkaz na číslo této smlouvy a budou hrazeny v českých korunách pro příjemce:

Název: **Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Stredočeskeho kraje**
K rukám: Miroslava Krejcarová
Adresa: Žizkova 146, 280 02 Kolín, Česká republika
DIČ: číslo CZ 27256391

Informace pro bezhotovostní platby

Název banky: Komerční banka a.s.
Majitel účtu: Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Stredočeskeho kraje
Adresa majitele účtu: Žizkova 146, 280 02 Kolín, Česká republika
Číslo účtu: [REDACTED]
IBAN: [REDACTED]
SWIFT/BIC: [REDACTED]
("Příjemce platby")

Název: **MUDr. Martin Nováček**
K rukám: **MUDr. Martin Nováček**
Adresa: [REDACTED]
DIČ: číslo CZ7107040798

Informace pro bezhotovostní platby

Název banky: Fio banka, a.s.
Majitel účtu: MUDr. Martin Nováček
Adresa majitele účtu: [REDACTED]
Číslo účtu: [REDACTED]
IBAN: [REDACTED]
SWIFT/BIC: [REDACTED]
("Příjemce platby")

Platby za subjekty hodnocení, které absolvovaly úvodní prohlídku, ale na jejím základě nebyly do klinického hodnocení zařazeny: Úhrada za úvodní prohlídky Subjektů hodnocení, které nakonec nebyly zařazeny do Klinického hodnocení z důvodu nesplnění kritérií pro zařazení do Klinického hodnocení, bude provedena takto: Zdravotnické zařízení/Zkoušející vyplní elektronický záznam subjektu hodnocení (eCRF) běžným způsobem podle stanoveného postupu. Společnost MedImmune nebo její pověřený zástupce zkontroluje podepsaný informovaný souhlas

be reimbursed for completed screening visit(s), for a maximum of 12 screen failed subjects as itemized in the budget. Upon site request, MedImmune may Payment increase above the maximum of 12 screen failures may be performed and will be upon MedImmune's discretion paid based on site's enrollment history and study performance.

PCR Screen Failure Payments: Reimbursement for PCR screening visits completed for subjects who were not enrolled into the Study due to failure to meet eligibility criteria as follows: Institution will complete Screen Failure Electronic Case Report Forms (eCRF) on a regular basis throughout the Study, as defined by Study procedures. MedImmune and/or its designated representatives will review the subject's signed informed consent form for participation in the Study and verify that screening visit procedures have been performed; Upon verification, Institution will be reimbursed for completed screening visit(s), for a maximum of 12 total screen failed subjects (inclusive of both full screen failure and PCR screen failure) as itemized in the PCR screening table indicated on the budget. This PCR screen failure payment is separate from the standard screening failure payment, and will only be paid per procedure completed and invoiced.

Enrolled/Randomized Subject Payments: Reimbursement of Study Subjects, who were enrolled according to the Protocol with a properly executed informed consent form and who meet Protocol eligibility criteria, will be calculated based on MedImmune's and/or its designated representative's timely receipt of eCRF visit modules (a module being all completed eCRF pages for a visit). The eCRF visit modules must be completed in a satisfactory manner for each enrolled subject. Upon receipt and verification of the eCRF visit modules by MedImmune and/or its designated representatives, reimbursement will be calculated at 90% for each completed subject visit/eCRF module.

subjektu se zařazením do Klinického hodnocení a ověří, zda byla vstupní prohlídka řádně provedena; po tomto ověření budou příjemci platby uhrazeny náklady na provedenou úvodní prohlídku před zařazením do Klinického hodnocení pro maximálně 12 nevhodných subjektů, jak je uvedeno v tabulce plateb níže. Na žádost řešitelského centra může MedImmune proplatit více než výše uvedené maximum 12 neúspěšných skríníngů, což bude učiněno podle uvážení společnosti MedImmune na základě historie náboru řešitelského centra a provádění klinického hodnocení.

Platby za PCR neúspěšná zařazení: úhrada plateb za návštěvy PCR skríninku, které absolvovali subjekty hodnocení, které do klinického hodnocení nebyly zařazené z důvodů nesplnění kritérií vhodnosti pro klinické hodnocení budou probíhat následovně: zdravotnické zařízení bude pravidelně během klinického hodnocení vyplňovat elektronický záznamový formulář klinického hodnocení (eCRF) pro neúspěšné zařazení, jak se uvádí v postupech klinického hodnocení. MedImmune a/nebo její jmenovaný zástupci budou kontrolovat podepsané informované souhlasy subjektů klinického hodnocení s účastí na klinickém hodnocení a ověří, zda byly provedeny návštěvy skríninku. Po ověření dostane zdravotnické zařízení platbu za dokončenou(é) návštěvu(y) skríninku, a to za maximálně 12 neúspěšných zařazení, (včetně plného neúspěšného zařazení a PCR neúspěšného zařazení) jak je uvedeno v PCR tabulce níže. Tato platba za PCR neúspěšné zařazení je rozdílná od platby za standardní neúspěšné zařazení a budou proplacené jen provedené a vyfakturované vyšetření.

Platby za subjekty zařazené do Klinického hodnocení a randomizované: Úhrady za subjekty zařazené do Klinického hodnocení podle Protokolu s řádně podepsaným informovaným souhlasem na základě splnění kritérií pro zařazení do klinického hodnocení podle Protokolu budou vypočteny na základě eCRF podle rozvrhu kontrol v rámci klinického hodnocení (tzn. vyplněného formuláře eCRF pro každou návštěvu subjektu v řešitelském centru) včas obdrženého společností MedImmune nebo jejím pověřeným zástupcem. eCRF pro každou kontrolu subjektu v rámci klinického hodnocení musí být vyplněny uspokojivým způsobem pro každý zařazený subjekt. Po obdržení a kontrole eCRF pro jednotlivé návštěvy subjektů v řešitelském centru společností MedImmune nebo jejím pověřeným zástupcem bude odměna vypočtena jako 90 % pro každou provedenou kontrolu subjektu hodnocení/vyplněný formulář eCRF.

1. Reimbursement will not be given for Study Subjects enrolled who do not meet all inclusion and exclusion criteria unless otherwise approved by MedImmune and/or its designated representatives. Payee will not be compensated for any Protocol violations, unless otherwise approved by MedImmune and/or its designated representatives.
2. **10%** of the reimbursement due for each completed subject visit/eCRF module will be withheld until completion of the Study as defined under Final Study Payment below.
3. MedImmune and/or its designated representatives retains the option to re-evaluate an Institution's participation in the Study should the enrollment rate be unsatisfactory, as defined by an average enrollment rate of 0.4 subjects per month.

Flat Pharmacy Fee: The Payee will receive reimbursement of a Flat Pharmacy Fee for every six (6) month period of provision of pharmacy related services, payable for the duration of the Clinical Study (or pro-rated for shorter time period), beginning with the enrollment of the first Study Subject, in the amount listed in the Tables of Payments below, regardless of the number of enrolled Study Subjects. Payment will be made upon receipt of a correct and itemized invoice.

Subject Reimbursement Vouchers: Study Subject costs incurred for meals and/or transportation to and from Study visits as required by Protocol shall be reimbursed to each Study Subject per visit in the form of vouchers in the amount of five hundred **CZK (500)** The Investigator shall be responsible for keeping an accounting log of all used and unused vouchers. The provision of vouchers shall be monitored by PPD during regular monitoring visits.

Mechanism of Payments for Screen Failure Subjects and Enrolled / Randomized Subjects: Utrecht will initiate payment to Payee in accordance with the invoicing process detailed below.

Final Study Payment: A final Study payment, defined as ten (10) % of the reimbursement due for each completed Study Subject Visit/eCRF module will be withheld until completion of the Study as

1. Úhrada nebude provedena pro Subjekty hodnocení, které nebudou splňovat všechna kritéria pro zařazení/vyloučení, pokud nebude dohodnuto jinak a schváleno společností MedImmune nebo jejím pověřeným zástupcem. Příjemce platby neobdrží úhradu v případě porušení Protokolu klinického hodnocení, pokud nebude dohodnuto jinak a schváleno společností MedImmune nebo jejím pověřeným zástupcem.
2. **10%** odměny za každou provedenou kontrolu subjektu hodnocení/vyplněný formulář eCRF bude zadrženo do konce Klinického hodnocení podle definice Konečné platby v rámci Klinického hodnocení uvedené níže.
3. Společnost MedImmune nebo její pověření zástupci mají právo přehodnotit účast Zdravotnického zařízení v Klinickém hodnocení, pokud Zdravotnické zařízení nezařadí uspokojivý počet subjektů, který je definován jako průměrný počet zařazení do klinického hodnocení, 0,4 subjektu za měsíc.

Paušální poplatek lékárně: Příjemce platby dostane proplacen paušální poplatek lékárně za každých šest (6) měsíců poskytování farmaceutických služeb. Tento poplatek bude splatný po dobu trvání Klinického hodnocení (nebo v poměrné výši za období kratší 6 měsíců) počínaje dnem zařazení prvního Subjektu hodnocení ve výši uvedené v tabulkách níže, a to bez ohledu na počet subjektů zařazených do Klinického hodnocení. Platby budou realizovány na základě řádně vystavené položkové faktury.

Kupony pro úhrady subjektům hodnocení: Náklady subjektů klinického hodnocení na jídlo a dopravu na místo kontroly a zpět domů podle požadavků Protokolu budou hrazeny každému subjektu hodnocení v rámci každé návštěvy v řešitelském centru formou kuponů v hodnotě pět set korun (**500 Kč**). Zkoušející bude odpovědný za vedení účtů použitých i nepoužitých kuponů. Přidělování kuponů bude kontrolovat PPD v rámci pravidelných monitorovacích návštěv.

Mechanismus plateb za vyšetřené nezařazené a zařazené/randomizované subjekty: Utrecht provede platbu Příjemci podle fakturačního procesu uvedeného níže.

Konečná platba v rámci Klinického hodnocení: Konečná platba v rámci Klinického hodnocení definovaná jako deset (10) % úhrady za každou provedenou návštěvu a kontrolu subjektu v rámci

defined by submission of all required eCRFs and Study documentation to MedImmune and/or its designated representatives, resolution of all data queries, and submission of final study report to IRB and/or other Institution required review committee as required.

Mechanism of Payment for Final Study Payment: Utrecht will initiate payment to Payee and payment will be executed after all criteria listed above have been satisfied.

VAT: The amounts listed in the payment schedule excludes VAT Utrecht will settle the VAT in the country where it is registered on the basis of Article 44 of VAT Directive 2006/112/EC and this fact has to be clearly listed on all the invoices issued by the Payee.

Invoicing process: In the months of January, April, July and October of each year, CRO will provide the Payee with an overview summarizing the amount to be invoiced by the Payee for all fees and payments further to this Exhibit I, which amount is based on actual completed Study Subject Visit/eCRF module (except IRB and Advertising Fees, which will be invoiced as incurred). CRO's CRA shall request an invoice from Institution. Where Payee queries with the payments amount, CRA endeavours to liaise with Payee in order to resolve and a new report is generated by CRO and sent to Payee and Utrecht. After reconciliation with actual completed subject Visits/eCRF for the applicable quarterly period, within one month after receipt by Payee thereof, the Payee will invoice Utrecht in accordance with the most recent payment report received and provided by CRO.

All invoices for Study payments as outlined above must be submitted to Utrecht and/or its designated representatives within ninety (90) days of the Institution's study close-out visit. Invoices received after this time will not be reimbursed.

All invoices under this Agreement must reference the Agreement number, the name of the Investigator, the name and telephone number of the Clinical Program Manager, the Study Protocol number, and the Purchase Order number and be submitted to:

Klinického hodnocení/vyplněný formulář eCRF bude zadržena do konce Klinického hodnocení, jak je definováno pro předkládání požadovaných eCRF a další dokumentace Klinického hodnocení společnosti MedImmune a jejím pověřeným zástupcům, a bude vyplacena po vyřešení veškerých dotazů týkajících se údajů z Klinického hodnocení a po předložení závěrečné zprávy o Klinickém hodnocení IRB a dalším požadovaným orgánům kontroly Zdravotnického zařízení.

Mechanismus realizace Konečné platby v rámci Klinického hodnocení: Utrecht provede platbu Příjemci po splnění všech výše uvedených kritérií.

DPH: Částky uvedené v rozpisu plateb nezahrnují DPH. Utrecht vypořádá DPH v zemi svého sídla podle článku 44 směrnice o DPH 2006/112/ES což musí být jasně uvedeno na všech fakturách vydaných příjemcem plateb

Fakturační proces: V lednu, dubnu, červenci a říjnu každého roku předloží CRO Příjemci platby přehled se souhrnem částek, které má Příjemce fakturovat podle této Přílohy I. Tento souhrn bude založen na skutečně realizovaných návštěvách subjektů v rámci klinického hodnocení/skutečném počtu vyplněných a předaných formulářů eCRF pro jednotlivé návštěvy (kromě IRB a poplatku za propagaci klinického hodnocení, které budou fakturovány po vynaložení). Monitor CRO si od Zdravotnického zařízení vyžádá fakturu. Pokud bude mít příjemce plateb dotazy k placeným částkám, monitor se bude snažit situaci s příjemcem plateb vyřešit aby mohl být CRO vytvořen nový report a zaslán příjemci plateb a do Utrecht. Po porovnání záznamu se skutečnými počty návštěv/formulářů eCRF pro příslušné čtvrtletí Příjemce platby do jednoho měsíce od obdržení tohoto přehledu vystaví příslušnou fakturu pro Utrecht v souladu s nejaktuálnějším reportem plateb poskytnutým CRO.

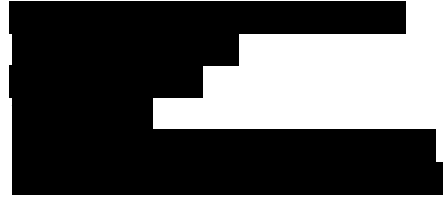
Veškeré faktury v rámci Klinického hodnocení, jako jsou uvedeny výše, musí být předloženy Utrecht nebo pověřenému zástupci do devadesáti (90) dní od ukončení Klinického hodnocení Zdravotnickým zařízením. Faktury předložené později nebudou proplaceny.

Ve veškerých fakturách podle této smlouvy musí být uvedeno číslo smlouvy, jméno Zkoušejícího, jméno a telefon vedoucího klinického programu, číslo Protokolu Klinického hodnocení a číslo nákupní objednávky a faktura musí být zaslána na adresu:

To:



Komu:



Utrecht and MedImmune strongly encourage submission of electronic invoices. Electronic invoices should be sent to the following e-mail address:



Utrecht a MedImmune důrazně doporučují zasílání faktur elektronickou cestou. Elektronické faktury se zasílají na tuto adresu:



Additional Terms: Institution and Investigator understand and agree that MedImmune shall not provide compensation for any costs incurred by Investigators and/or Study staff for i) time spent on travel to and from investigator meetings; and ii) any other compensation sought by the Institution, Investigator and/or Study Staff, except as agreed upon and set forth in the budget.

Další podmínky: Zdravotnické zařízení a Zkoušející berou na vědomí a souhlasí s tím, že společnost MedImmune nebude hradit i) náklady vynaložené Zkoušejícími a personálem Klinického hodnocení na dobu strávenou na cestě na jednání zkoušejících Klinického hodnocení a zpět; ani ii) jiné úhrady požadované Zdravotnickým zařízením, Zkoušejícím nebo personálem Klinického hodnocení, které nejsou dohodnuty a uvedeny v rozpočtu.

If the Study is terminated prior to completion as defined in Section 2 of this Agreement, the Payee will be compensated only for Study related work actually performed and for expenses actually and reasonably incurred through the effective date of termination in accordance with the budget.

Pokud bude Klinické hodnocení ukončeno předčasně před dokončením, jak je uvedeno v článku 2 této smlouvy, budou Příjemci platby uhrazeny pouze práce související s Klinickým hodnocením, které skutečně vykonal, a výdaje, které skutečně a přiměřeně vynaložil do data účinnosti ukončení Klinického hodnocení podle rozpočtu.

Equipment

If applicable, any equipment provided by the Sponsor or funded by the Sponsor will only be used for purposes of the performance of the Study by the Institution and Investigator. The Institution is liable for loss, theft, or damage (beyond normal wear and tear) of any equipment in its possession during the Study. Upon completion or termination of the Study, the equipment will be promptly returned to the Sponsor (or its designee) or the Institution will reimburse the Sponsor for the fair market value of the equipment at the time of termination or completion, as determined by the Sponsor. The Institution will return the equipment at Sponsor's own expenses.

Vybavení

Pokud je to potřeba, jakékoliv vybavení poskytnuté nebo hrazené Zadavatelem bude použito pouze pro provádění Klinického hodnocení Zdravotnickým zařízením a Zkoušejícím. Zdravotnické zařízení je odpovědné za ztrátu, ukradení nebo škodu (kromě běžného opotřebení) jakéhokoliv vybavení v jeho držení během Klinického hodnocení. Po dokončení nebo ukončení Klinického hodnocení bude vybavení ihned navraceno Zadavateli (nebo jeho zástupci) nebo Zdravotnické zařízení proplatí běžnou tržní hodnotu vybavení v době ukončení nebo dokončení, jak bude určena Zadavatelem. Zdravotnické zařízení vrátí vybavení na vlastní náklady Zadavatele.

Tables of payments for the Institution/Tabulky plateb pro Zdravotnické zařízení

[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]
Total/Celkem	76709	69039	7670

[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]	[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]	[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]	[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]			

<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>	<p style="text-align: center;">[REDACTED]</p>

MedImmune, LLC - Represented by its authorized agent, PPD Czech Republic, s.r.o. / **MedImmune, LLC** - Zastoupená svým pověřeným zástupcem, PPD Czech Republic, s.r.o.

By/Podpis: [REDACTED]

Name/Jméno: _____

Title/Funkce: _____

Date/Datum: _____

University Medical Center Utrecht

By/Podpis: [REDACTED]

Name/Jméno: [REDACTED]

Title/Funkce: [REDACTED]

Date/Datum: _____

By/Podpis: [REDACTED]

Name/Jméno: [REDACTED]

Title/Funkce: [REDACTED]

Date/Datum: _____

Oblastní nemocnice Kolin, a.s., nemocnice Středočeského kraje

By/Podpis: [REDACTED]

Name/Jméno: MUDr. Petr Chudomel

Title/Funkce: director/ředitel

Date/Datum: _____

Principal Investigator / Hlavní zkoušející

By/Podpis: [REDACTED]

Name/Jméno: MUDr. Martin Nováček

Title/Funkce: Investigator/zkoušející

Date/Datum: _____