

**Dodatek 2 ke
Smlouvě o klinickém hodnocení**

**Amendment 2 to
Agreement on Clinical Study**

Tento Dodatek 2 ke Smlouvě o klinickém hodnocení („**Dodatek 2**“) mezi:

This Amendment 2 to Agreement on Clinical Study (“**Amendment 2**“) between:

PPD Czech Republic, s.r.o., se sídlem Budějovická alej, Antala Staška 2027/79, 140 00 Praha 4, Česká republika, dceřinná společnost PPD International Holdings GmbH., jednající prostřednictvím MUDr. Dariny Hrdličkové – jednatelky společnosti a zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, část C, č. vložky 37941.

PPD Czech Republic, s.r.o., registered address at Budejovicka alej, Antala Staška 2027/79, 140 00 Prague 4, Czech Republic a subsidiary of PPD International Holdings GmbH., represented by MUDr. Darina Hrdlickova, executive of the company, and registered in the Commercial Register at the Municipal Court in Prague, Section C, Insert 37941.

IČ: 63671077
DIČ: CZ63671077
(„**PPD**“)

Company ID no.: 63671077
Tax ID no.: CZ63671077
(“**PPD**“)

a

and

Fakultní nemocnice Hradec Králové, se sídlem Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové, Česká republika, zastoupená prof. MUDr. Romanem Prymulou, CSc., Ph.D., ředitelem.

Fakultni nemocnice Hradec Kralove, with its registered address at Sokolska tr. 581, 50005 Hradec Kralove – Novy Hradec Kralove, Czech Republic, represented by prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., PhD

IČO: 00179906
DIČ: CZ00179906
Bankovní spojení: Česká spořitelna a.s., Praha
Číslo účtu: 2651552/0800
IBAN: CZ74 0800 0000 0000 0265 1552
SWIFT: GIBACZPX
Variabilní symbol: č. faktury
dále jen „**poskytovatel**“

Company ID no.: 00179906
Tax ID no.: CZ00179906
Bank information: Ceska sporitelna a.s., Praha
Acct. no: 2651552/0800
IBAN: CZ74 0800 0000 0000 0265 1552
SWIFT: GIBACZPX
Reference no: invoice number
further, the “**Medical Facility**“

a

and

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
IV. interní hematologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
IV. Clinic of Internal Medicine – Department of hematology of Fakultni nemocnice Hradec Kralove

trvalým bydlištěm xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

permanent residence at xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

r. č. .: xxxxxxxxxxxxxxxx
dále jen “**zkoušející**”

Birth ID no.: xxxxxxxxxxxxxxxx
further, the “**Investigator**“

NA DŮKAZ SOUHLASU se zněním dodatku 2 připojují smluvní strany své podpisy níže. IN WITNESS OF THEIR CONSENT to this Amendment 2, the Parties have signed below.

PPD: _____

Datum/Date: _____

Poskytovatel/ Medical Facility: _____
prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., PhD.

Datum/Date: _____

Zkoušející/ Investigator: _____
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datum/date: _____

Seznam příloh k tomuto dodatku 2:

Příloha č. 1: Rozpis plateb

List of appendices to this Amendment 2:

Appendix no. 1: Payment Schedule

