**POTVRZENÍ O ZAPLACENÍ NÁHRADY VÝDAJŮ**

**ZA ODBORNÉ ÚKONY PROVEDENÉ NA ŽÁDOST**

(posouzení dokumentace k PART II)

Žádost o posouzení dokumentace části II žádosti o povolení klinického hodnocení s jedním místem klinického hodnocení **(44 100 Kč** bez DPH; **53 361 Kč** s DPH**)**

Žádost o posouzení dokumentace části II žádosti o povolení klinického hodnocení se dvěma místy klinického hodnocení **(51 300 Kč** bez DPH; **62 073 Kč** s DPH**)**

Žádost o posouzení dokumentace části II žádosti o povolení klinického hodnocení - za každé další centrum v ČR pro iniciální podání žádosti **(5 400 Kč** bez DPH; **6 534 Kč** s DPH**)** - počet dalších center 17

Žádost o schválení dalšího centra pro již běžící klinické hodnocení /změna centra klinického hodnocení **(10 800 Kč** bez DPH; **13068 Kč** s DPH**)**

Žádost o posouzení významné změny vztahující se na část II dokumentace - aktualizace Informací pro pacienta; Informovaného souhlasu **(11 700 Kč** bez DPH; **14 157 Kč** s DPH**)**

Žádost o posouzení významné změny vztahující se na část II dokumentace - změna zkoušejícího nebo hlavního zkoušejícího, nebo jiná významná změna **(7 200 Kč** bez DPH; **8 712 Kč** s DPH**)**

**SPECIFIKACE ŽÁDOSTI**

Zadavatel: Fakultní nemocnice Olomouc

Název: Multicentrická etická komise

Sídlo (adresa): Zdravotníků 248/7, 799 00 Olomouc

IČO: 00098892

DIČ (VAT) (je-li přiděleno): CZ00098892

EU CT číslo: 2022-501587-17-00

Číslo protokolu: 20210146

Název klinického hodnocení: Report for the Deferral Exception A Phase 3, Multicenter, Double-blind Maintenance Study to Assess Longterm Safety, Tolerability, and Efficacy of Rocatinlimab in Adult and Adolescent Subjects With Moderate-to-severe Atopic Dermatitis (AD) (ROCKETASCEND)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Číslo bankovního účtu plátce/IBAN | Variabilní symbol  (EU CT number) | Specifický symbol  (číslo nákladového střediska etické komise) | Celková výše úhrady  v Kč | Vystavit fakturu  ANO NE |
|  | 2022-501587-17-00 | 9003 | 143.100,-Kč | **⮽** |

Datum zaplacení……………………….. Podpis plátce ………………………………………….

(přiložit aviso o platbě, příp. výpis z banky)

P.S. Prohlašujeme, že všechny administrativní náklady (bankovní poplatky) spojené s platbou včetně kurzových rozdílů jdou na vrub plátce.

Podpis příjemce:

Datum přijetí platby:

Číslo účetního dokladu (bankovního výpisu):

Datum:

**POTVRZENÍ PŘÍJMU PLATBY**

*Nevyplňujte, vyplní etická komise/účtárna*