

<p style="text-align: center;"><b>Emendamento n.1 al CONTRATTO PER LA CONDUZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA SU MEDICINALI "Studio di fase 3 per valutare l'efficacia e la sicurezza di Pegzofermin in soggetti con cirrosi compensata dovuta alla steatoepatite associata a disfunzione metabolica (MASH) "</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Amendment no.1 to the CLINICAL INVESTIGATION AGREEMENT FOR THE DRUGS "A Phase 3 Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Pegzofermin in Subjects with Compensated Cirrhosis due to Metabolic Dysfunction- Associated Steatohepatitis (MASH)"</b></p>
<p>TRA</p>	<p>BETWEEN</p>
<p><b>Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo</b> (d'ora innanzi denominato/a "Ente"), con sede legale in Via del Vespro n. 129, 90127 Palermo - Italia, C.F. e P. IVA n. 05841790826, in persona del Legale Rappresentante, Dott.ssa Maria Grazia Furnari, in qualità di Direttore Generale munito di idonei poteri di firma del presente atto (d'ora innanzi denominato il "Contratto")</p>	<p><b>Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo</b> (hereinafter the "Entity"), headquartered in Via del Vespro n. 129, 90127 Palermo - Italia, tax code and VAT no. 05841790826, through its Legal Representative Dr. Maria Grazia Furnari, in the capacity of General Director, with the powers to enter into this agreement (hereinafter the "Agreement")</p>
<p>E</p>	<p>AND</p>
<p><b>Medpace Clinical Research LLC</b>, con sede legale in USA, C.F. n. LLC81-4138570 in persona del proprio firmatario autorizzato, Dr. Laura Omoboni, Executive Director, Clinical Trial Management (d'ora innanzi denominata "CRO"), che agisce in nome e per conto/in nome proprio e per conto di/nell'interesse di 89bio Inc. (d'ora innanzi denominato "Promotore"), in forza di idonea delega/mandato/procura conferita in data 13 marzo 2024</p>	<p><b>Medpace Clinical Research LLC</b>, headquartered in USA, tax code no. LLC81- 4138570, through its authorized signatory, Dr. Laura Omoboni, Executive Director, Clinical Trial Management (hereinafter the "CRO"), acting in the name and on behalf of/in the interests of 89bio Inc. (hereinafter the "Sponsor"), by virtue of the authority/mandate/power of attorney granted on 13 March 2024</p>
<p>Di seguito indicate collettivamente come le "Parti" e singolarmente la "Parte";</p>	<p>Hereinafter referred to collectively the "Parties" and individually as the "Party";</p>
<p><b>PREMESSO CHE</b>, a far data dal 4 Dicembre 2024 le Parti hanno stipulato un CONTRATTO PER LA CONDUZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA SU MEDICINALI dal titolo ( di seguito il "Contratto") "Studio di fase 3 per valutare l'efficacia e la sicurezza di Pegzofermin in soggetti con cirrosi compensata dovuta alla steatoepatite associata a disfunzione metabolica</p>	<p>WHEREAS, as of 4 December the Parties entered into a CLINICAL INVESTIGATION AGREEMENT FOR THE DRUGS (hereinafter the "Agreement") entitled "Phase 3 Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Pegzofermin in Subjects with Compensated Cirrhosis due to Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis (MASH)" (the "Protocol"), EuCT code no. 2023-510395-31</p>

<p>(MASH)" (di seguito "Protocollo"), codice EuCT n. 2023-510395-31 presso l'Ente, , sotto la responsabilità del Prof. Salvatore Petta, in qualità di responsabile scientifico della Sperimentazione oggetto del presente Contratto (di seguito "Sperimentatore Principale"), nella U.O.C. di Gastroenterologia (di seguito "Centro di Sperimentazione");</p>	<p>at the Entity, under the responsibility of Prof. Salvatore Petta as the scientific Director of the trial covered by this Agreement (the "Principal Investigator"), at the Entity, under the responsibility of Prof. Salvatore Petta, as the scientific responsible for the Trial covered by this Agreement (the "Principal Investigator"), at Gastroenterology Department (the "Trial Centre");</p>
<p>A seguito della sottomissione dell'emendamento al Protocollo V. 3.0, le Parti desiderano emendare il Contratto per aggiornare il budget contenuto nell'Allegato A del Contratto stesso e l'articolo. 6 del Contratto.</p>	<p>Following the submission of the Protocol Amendment V. 3.0, the Parties desire to amend the Agreement in order to update the budget contained in the Schedule A of the Agreement and article 6 of the Agreement.</p>
<p><b>TUTTO CIÒ PREMESSO</b>, le Parti stipulano quanto segue:</p>	<p><b>NOW THEREFORE</b>, the Parties hereby agree as follows:</p>
<p>1. Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente emendamento al Contratto (di seguito l'<b>Emendamento n.1</b>).</p>	<p>1. The recitals form integral and substantial part of this amendment to the Agreement (hereinafter. "<b>Amendment no.1</b>")</p>
<p>2. Il budget allegato al presente Emendamento n.1 (Allegato A), annulla e sostituisce il precedente Allegato A del Contratto.</p>	<p>2. The budget attached to this Amendment no.1 (Schedule A) deletes and supersedes previous Schedule A to the Agreement.</p>
<p>3. In parziale modifica dell'art. 6 del Contratto, il corrispettivo ammonta ad €22.475,00.</p>	<p>3. In partial amendment of clause 6 of the Agreement, the remuneration amounts to € 22.475,00.</p>
<p>4. Il presente Emendamento n.1 avrà efficacia dall'11 Agosto 2025, data in cui il CET ha approvato l'emendamento al Protocollo. Il presente Emendamento n.1 formerà parte integrante del Contratto.</p>	<p>4. This Amendment no.1 shall take effect from 11 August 2025, date on which CET approved the amendment to Protocol. This Amendment no.1 shall form integral part of the Agreement.</p>
<p>5. Tutte le altre disposizioni del Contratto rimangono inalterate e valide.</p>	<p>5. All other provisions of the Agreement shall remain unchanged and in effect.</p>
<p><i>SEGUE PAGINA FIRME</i></p>	<p><i>SIGNATURE TO FOLLOW</i></p>

*Letto, approvato e sottoscritto/Read, approved and signed*

**La CRO per lo Sponsor/ The CRO on behalf of the Sponsor**

Dott.ssa Laura Omboni Executive Director, Clinical Trial Management

Firmato Digitalmente/Digitally Signed

**Per l'Ente/For the Entity**

Direttore Generale/ General Director

Dott.ssa/Dr. Maria Grazia Furnari

Firmato digitalmente/ Digitally Signed

Schedule A	Allegato A
<b>89BIO</b>	<b>89BIO</b>
<b>PROTOCOL ID: BIO89-100-132</b>	<b>ID PROTOCOLLO: BIO89-100-132</b>
<b>SALVATORE PETTA</b>	<b>SALVATORE PETTA</b>
<b>SITE: 4041</b>	<b>CENTRO: 4041</b>
<b>SCHEDULE A VERSION: VERSION #2</b>	<b>VERSIONE ALLEGATO A: VERSIONE N. 2</b>
<b>COUNTRY: ITALY</b>	<b>PAESE: ITALIA</b>

Schedule A	Allegato A
<b>A1 STUDY BUDGET</b>	<b>A1 BUDGET DELLO STUDIO</b>
<p>Medpace, as Sponsor’s payment agent, shall make payment to the payee specified in the Payee Information Table (“Payee”) under this Agreement from funds provided by Sponsor for services provided according to the payment schedule below. All fees listed include overhead, and taxes as applicable. VAT is not applicable because Medpace Clinical Research, LLC is a US-based corporation. Should any changes to VAT law occur during the term of this Agreement, the party legally responsible shall be liable for VAT. Payments are based on electronic case report forms (“eCRFs”), laboratory data, IVRS data or other specific data source. All amounts shown herein are calculated in EURO.</p>	<p>Medpace, in qualità di agente preposto ai pagamenti dello Sponsor, s’impegna ad effettuare i pagamenti a favore del Beneficiario indicato nella Tabella Dati del Beneficiario (“Beneficiario”), così come disposto dalla presente Convenzione, utilizzando i fondi erogati dallo Sponsor per i servizi forniti nel rispetto del prospetto dei pagamenti sottostante. Tutti i compensi elencati includono i costi generali e le tasse, ove applicabili. L’IVA non è applicabile poiché Medpace Clinical Research, LLC è una società con sede negli Stati Uniti. Qualora la legge sull’IVA venisse modificata durante il periodo di validità della presente Convenzione, la parte giuridicamente responsabile sarà assoggettata all’IVA. I pagamenti si basano sulle schede di raccolta dati elettroniche (eCRF), sui dati di laboratorio, sui dati del sistema interattivo di risposta vocale (IVRS) o su altre specifiche fonti di dati. Tutti gli importi qui riportati sono espressi in EURO.</p>
<b>A1.1 Fee for Each Evaluable Subject EUR 22,475.00</b>	<b>A1.1 Compenso per ciascun soggetto valutabile € 22.475,00</b>
<p>An “evaluable subject” is one who has been randomized to treatment and in whom all the applicable terms and conditions of the Protocol and this Agreement have been satisfied. Randomization occurs at Visit #2 D1.</p>	<p>Si definisce “soggetto valutabile” qualunque individuo randomizzato al trattamento e che soddisfi tutti i termini e condizioni applicabili del Protocollo e della presente Convenzione. La randomizzazione si esegue alla Visita 2 G1.</p>
<b>A2 SETUP FEES &amp; VISIT PAYMENTS</b>	<b>A2 COMPENSI PER LE ATTIVITÀ PRELIMINARI E PAGAMENTI PER LE VISITE</b>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Please check box if Payee must submit an invoice to Medpace prior to receiving payment. Payment will be made within forty-five (45) days of receipt of invoice.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Spuntare la casella se il Beneficiario è tenuto a presentare una fattura a Medpace prima di ricevere il pagamento. Il pagamento sarà effettuato entro quarantacinque (45) giorni dal ricevimento della fattura.</p>
<b>A2.1 Set-up Fees</b>	<b>A2.1 Compensi per le attività preliminari</b>
<p><b>2.1.1 Administrative Set-up Fee (25% Non-Refundable / 75% Refundable) EUR 5,100</b></p>	<p><b>2.1.1. Compenso per spese amministrative (25% non rimborsabile / 75% rimborsabile) € 5.100</b></p>

Schedule A	Allegato A
<p><b>2.1.2</b> <i>At the request of the Institution, and in accordance with DA Regione Sicilia 746/2023 (Art. 2, paragraphs 5 and 6), the CRO Promoter—taking into account the direct and indirect costs incurred for conducting the trials—will be required to pay a one-time administrative fee upon signing the contract, amounting to €2,000,</i></p>	<p><b>2.1.2</b> <i>Su richiesta dell'Ente, e come da DA Regione Sicilia 746/2023 (art.2, comma 5 e 6) il Promotore CRO – tenuto conto dei costi diretti e indiretti sostenuti per la conduzione delle sperimentazioni –provvederà a corrispondere un importo,una tantum (fee amministrativo) alla firma del contratto pari ad € 2.000,00 € 2.000</i></p>
<p><b>2.1.3 Pharmacy Set-up Fee (instruction phase + SIV) EUR 650</b></p>	<p><b>2.1.3. Compenso di avvio della farmacia (Istruttoria + SIV) € 650</b></p>
<p>Payment will be made within forty-five (45) days of:</p>	<p>Il pagamento sarà effettuato entro quarantacinque (45) giorni da:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sponsor declaring Institution to be ready for Study Initiation;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dichiarazione da parte dello Sponsor che l'Istituto è pronto per iniziare lo studio;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRB/EC approval; and</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• approvazione del Comitato Etico (CE); e</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medpace's receipt of the fully executed Agreement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ricevimento da parte di Medpace della Convenzione formalizzata e sottoscritta.</li> </ul>
<p>Institution agrees that seventy five percent (75%) of the Administrative Set-up Fee will be refunded to Medpace if no Study subjects are screened by Institution prior to Study completion or early termination of the Study at Institution; provided that if Institution is activated with less than three (3) months (i) remaining in the Study enrollment period or (ii) before early termination by Medpace for any reason other than Institution's breach of the Agreement, no portion of the Administrative Set-up Fee shall be refunded.</p>	<p>L'Istituto conviene che il settantacinque per cento (75%) del Compenso per spese amministrative sarà rimborsato a Medpace se nessun soggetto dello Studio verrà sottoposto a screening dall'Istituto prima del completamento dello Studio o dell'interruzione anticipata dello Studio presso l'Istituto; a condizione che l'Istituto sia attivato con meno di tre (3) mesi (i) rimanenti nel periodo di arruolamento nello Studio o (ii) prima della risoluzione anticipata da parte di Medpace per qualsiasi motivo diverso dalla violazione della Convenzione da parte dell'Istituto, non sarà rimborsata alcuna parte del Compenso per spese amministrative.</p>
<p><b>A2.2 Ongoing Payments</b></p>	<p><b>A2.2 Pagamenti periodici</b></p>
<p>Payments for Study subject visits, as set forth in Table below, will be paid on a quarterly basis for the actual number of Study subjects for whom eCRFs have been completed less ten percent (10%) of each quarterly payment, which will be withheld until and paid with the final payment. Quarterly payments will be made within forty-five (45) days</p>	<p>Tutti i pagamenti per le visite da effettuarsi sui soggetti partecipanti allo Studio, come indicato nella tabella sottostante, saranno corrisposti su base trimestrale per il numero effettivo di soggetti partecipanti allo Studio per i quali siano state compilate le schede eCRF, meno il dieci per cento (10%) di ciascun pagamento trimestrale, che sarà trattenuto fino al pagamento finale e corrisposto con esso. I pagamenti trimestrali saranno eseguiti entro</p>

Schedule A		Allegato A	
after the end of each quarter. The quarterly schedule may be offset from the calendar quarter.		quarantacinque (45) giorni successivi la fine di ciascun trimestre. La periodicità trimestrale potrebbe non coincidere con il trimestre solare.	
Table 1 – Fees for Completed Clinical Visits for Randomized Subjects		Tabella 2 – Compensi per le visite mediche completate per i soggetti randomizzati	
<b>VISIT</b>	<b>FEE</b>	<b>VISITA</b>	<b>COMPENSO</b>
V1: Screening	EUR 860.00	V1: Screening	EUR 860.00
V2: D1	EUR 933.00	V2: G1	EUR 933.00
V3: D29	EUR 714.00	V3: G29	EUR 714.00
V4: D92	EUR 700.00	V4: G92	EUR 700.00
V5: D183	EUR 1,464.00	V5: G183	EUR 1,464.00
V6: D274	EUR 700.00	V6: G274	EUR 700.00
V7: D365	EUR 1,550.00	V7: G365	EUR 1,550.00
V8: M15 (Phone)	EUR 139.00	V8: M15 (telefonicamente)	EUR 139.00
V9: M18	EUR 1,252.00	V9: M18	EUR 1,252.00
V10: M21 (Phone)	EUR 139.00	V10: M21 (telefonicamente)	EUR 139.00
V11: M24	EUR 2,950.00	V11: M24	EUR 2,950.00
V12: M27 (Phone)	EUR 139.00	V12: M27 (telefonicamente)	EUR 139.00
V13: M30	EUR 1,236.00	V13: M30	EUR 1,236.00
V14: M33 (Phone)	EUR 139.00	V14: M33 (telefonicamente)	EUR 139.00
V15: M36	EUR 1,529.00	V15: M36	EUR 1,529.00
V16: M39 (Phone)	EUR 139.00	V16: M39 (telefonicamente)	EUR 139.00
V17: M42	EUR 1,236.00	V17: M42	EUR 1,236.00
V18: M45 (Phone)	EUR 139.00	V18: M45 (telefonicamente)	EUR 139.00
V19: M48	EUR 2,929.00	V19: M48	EUR 2,929.00
V20: M51 (Phone)	EUR 139.00	V20: M51 (telefonicamente)	EUR 139.00
V21: M54	EUR 1,236.00	V21: M54	EUR 1,236.00
V22: M57 (Phone)	EUR 139.00	V22: M57 (telefonicamente)	EUR 139.00
V23: M60 (EOT)	EUR 1,341.00	V23: M60 (EOT)	EUR 1,341.00
V24: EOS	EUR 733.00	V24: EOS	EUR 733.00
<b>TOTAL PER PATIENT</b>	<b>EUR 22,475.00</b>	<b>TOTALE PER PAZIENTE</b>	<b>EUR 22,475.00</b>
M63 (Phone)	EUR 139.00	M63 (telefonicamente)	EUR 139.00
M66+ Every 12 Months	EUR 1,107.00	M66+ ogni 12 mesi	EUR 1,107.00
M69+ Every 6 Months (Phone)	EUR 139.00	M69+ ogni 6 mesi (telefonicamente)	EUR 139.00
M72+ Every 12 Months	EUR 1,374.00	M72+ ogni 12 mesi	EUR 1,374.00
Early Termination	EUR 795.00	Conclusione anticipata	EUR 795.00
<b>2.2 Screen Failures</b>		<b>A3.3 Screen failure</b>	
Table 3 – Screen Failures		Tabella 4 – Screen failure	
<b>VISIT OF FAILURE</b>	<b>COST</b>	<b>VISITA DI SCREEN FAILURE</b>	<b>COSTO</b>
Screening	EUR 860	Screening	€ 860
Payment for all screen failures, up to a maximum of 10 (ten), will be made for whom Medpace has received all appropriate documentation of visits		Il pagamento per tutti i casi di screen failure, fino a un massimo di dieci (10), sarà corrisposto per coloro di cui Medpace avrà ricevuto tutta la documentazione	





Schedule A			Allegato A		
<b>A3 INVOICEABLE ITEMS</b>			<b>A3 VOCI FATTURABILI</b>		
<p>Payment will be made within forty-five (45) days of receipt of invoice and supporting documentation if applicable and requested. Invoices must be submitted to Medpace within ninety (90) days of occurrence of the procedure, assessment or fee. Medpace/Sponsor reserves the right to reject payment of any invoice(s) received after ninety (90) days of occurrence.</p>			<p>Il pagamento sarà effettuato entro quarantacinque (45) giorni dal ricevimento della fattura e della relativa documentazione, ove pertinente e richiesto. Le fatture dovranno essere inviate a Medpace entro novanta (90) giorni dallo svolgimento della procedura, dalla valutazione o dal compenso. Medpace/Lo Sponsor si riserva il diritto di rifiutare il pagamento di qualsiasi fattura ricevuta dopo novanta (90) giorni dall'evento in questione.</p>		
<b>A3.1 Additional Subject Procedures</b>			<b>A3.1 Procedure aggiuntive dei soggetti</b>		
Table 5 – Radiologic Assessments			Tabella 6 – Valutazioni radiologiche		
FEES	COST	UNIT (IF APPLICABLE)	COMPENSI	COSTO	UNITÀ (SE APPLICABILE)
Abdominal Ultrasonography	EUR 342	At Screening	Ecografia addominale	€ 342	Allo screening
Esophagogastroduodenoscopy	EUR 1,167	At Screening, Day 365, Month 36, Month 60, EOS and yearly after Month 60 for Subjects with high risk or evidence of CSPH and as clinically indicated  (Month 24 and Month 48 are included in the per visit cost)	Esofagogastroduodenoscopia	€ 1.167	Allo screening, al Giorno 365, al Mese 36, al Mese 60, EOS e annualmente dopo il Mese 60 per i soggetti ad alto rischio o con evidenza di CSPH e come clinicamente indicato  (il Mese 24 e il Mese 48 sono inclusi nel costo per visita)
FibroScan	EUR 355	Screening, Day 1, Day 183, Day 365, Month 18, Month 24, Month 36, Month 48, Month 60, and yearly after Month 60	FibroScan	€ 355	Screening, Giorno 1, Giorno 183, Giorno 365, Mese 18, Mese 24, Mese 36, Mese 48, Mese 60 e annualmente dopo il Mese 60
MRI-PDF	EUR 1,624	Screening and Month 24	RMI PDF	€ 1.624	Allo screening e al Mese 24
Dexa Scan	EUR 197	Screening, Day 365, M24, M48	Dexa	€ 197	Allo screening, giorno 365, M24 e M48
Table 7 – Lab Assessments			Tabella 8 – Valutazioni di laboratorio		
FEES	COST	UNIT (IF APPLICABLE)	COMPENSI	COSTO	UNITÀ (SE APPLICABILE)
Archival Tumor Tissue	EUR 26	Screening	Tessuto tumorale conservato	€ 26	Screening
Liver Biopsy and Anesthesia	Up to EUR 4,676	Screening, Month 24, EOT and Early Termination	Campione bioptico epatico e anestesia	Fino a € 4.676	Screening, Mese 24, EOT e Conclusione anticipata

Schedule A			Allegato A		
Sample Collection and Handling for Additional PK/Endogenous FGF21/Immunogenicity Samples	EUR 47	Additional Blood Samples to be collected as clinically indicated beyond those listed in the Schedule of Activities	Prelievo e manipolazione dei campioni aggiuntivi per PK/FGF21 endogeno/Immunogenicità	€ 47	Campioni di sangue aggiuntivi da prelevare come clinicamente indicato oltre a quelli elencati nel Calendario delle attività

Table 9 – Pharmacy Fees

FEES	COST	UNIT (IF APPLICABLE)
IP Dispensing Beyond Month 60	EUR 40	Month 60 and beyond
IP supply	EUR 50	If applicable, for each arrival
IWRS assignment and IP dispensing to the enrolled patients	EUR 40	If applicable, for each dispensing
Monitoring Visit	EUR 100	If applicable, for each visit
Remote Monitoring Visit	EUR 130	If applicable, for each visit
Preparation of returns to be returned (IMPs or thermostat containers)	EUR 50	Each package prepared

Tabella 10 –per la farmacia

COMPENSI	COSTO	UNITÀ (SE APPLICABILE)
Dispensazione dell'IP oltre il Mese 60	€ 40	Mese 60 e oltre
Fornitura farmaco sperimentale ai pazienti	EUR 50	Se applicabile, per ogni arrivo
Assegnazione IWRS e consegna farmaco sperimentale ai soggetti arruolati	EUR 40	Se applicabile, per ogni arrivo
Visita di monitoraggio	EUR 100	Se applicabile, per ogni visita
Visita di monitoraggio da remoto	EUR 100	Se applicabile, per ogni visita
Preparazione reso da rispedire (IMPs o contenitori termostati	EUR 50	Per ogni collo preparato

### A3.2 Subject and Caregiver Reimbursement EUR 16 per Subject and per Caregiver per Visit

Reimbursement up to EUR 16 for each per visit at site will be paid upon receipt of supporting documentation. Additional funds may be available for costs exceeding EUR 16 per visit with prior written approval from the Sponsor. Payment will be made with documentation of receipts.

### A3.2 Rimborso delle spese di viaggio del soggetto e del caregiver € 16 per soggetto e per caregiver per visita

Il rimborso fino a € 16 per ogni visita presso il centro sarà corrisposto al ricevimento della documentazione di supporto. Ulteriori fondi per le spese superiori a € 16 per visita possono essere messi a disposizione previa approvazione scritta dello Sponsor. Il pagamento sarà effettuato su presentazione delle ricevute.

Schedule A	Allegato A
<b>A3.3 Additional Study-necessitated Fees</b>	<b>A3.3 Ulteriori compensi necessari ai fini dello studio</b>
Payee will be reimbursed at actual cost for any other unforeseen but reasonable procedures or costs necessitated by the Study or Protocol (and any amendments thereto) and pre-approved by Medpace/Sponsor.	Il Beneficiario sarà rimborsato in base ai costi effettivamente sostenuti per eventuali altre procedure o spese ragionevoli imprevedute richieste dallo studio o dal protocollo (e da qualunque emendamento dei medesimi) e preventivamente approvate da Medpace/dallo Sponsor.
<b>A3.4 Nominal equipment</b>	<b>A3.4 Apparecchiature di valore nominale</b>
Institution may be provided during the course of the Study small items of equipment necessitated by the Study or Protocol and pre-approved by Medpace/Sponsor.	Durante il corso dello studio, all'Istituto potranno essere fornite piccole apparecchiature necessarie ai fini dello studio o del Protocollo e preventivamente approvate da Medpace/dallo Sponsor.
<b>A4 MEDPACE RIGHTS</b>	<b>A4 DIRITTI DI MEDPACE</b>
Medpace reserves the right to suspend payments due to Payee, if Principal Investigator and/or Institution do not complete data entry, query resolutions, and electronic signatures on eCRFs and/or provide regulatory documents to Medpace within timelines defined by the project team. Payments will resume once the missing or incomplete information is resolved.	Medpace si riserva il diritto di sospendere i pagamenti dovuti al Beneficiario nel caso in cui lo Sperimentatore principale e/o l'Istituto non completino l'inserimento dei dati, le risoluzioni delle query e le firme elettroniche sulle eCRF e/o non forniscano a Medpace i documenti regolatori entro i termini definiti dall'equipe del progetto. I pagamenti riprenderanno una volta fornite le informazioni mancanti o incomplete.
<b>A5 MEDPACE INVOICING</b>	<b>A5 FATTURAZIONE A MEDPACE</b>
All payment inquiries and invoices submitted shall include the Protocol number and Principal Investigator name and be sent to the following:	Tutte le richieste relative ai pagamenti e le fatture devono riportare il numero di Protocollo e il nome dello Sperimentatore principale ed essere inviate a:
<p><b>Medpace Clinical Research, LLC</b>  Attn: Clinical Operations Payments  5375 Medpace Way  Cincinnati, Ohio 45227</p> <p><b>Email:</b>  <a href="mailto:siteinvoices@medpace.com">siteinvoices@medpace.com</a>  <b>Phone:</b> 513-579-9911</p>	<p><b>Medpace Clinical Research, LLC</b>  Attn: Clinical Operations Site Payments  5375 Medpace Way  Cincinnati, Ohio 45227 Stati Uniti</p> <p><b>E-mail:</b>  <a href="mailto:siteinvoices@medpace.com">siteinvoices@medpace.com</a>  <b>Telefono:</b> +1-513-579-9911</p>

Schedule A	Allegato A																																												
<p>All personal or identifiable information of study participant(s) must be redacted prior to submitting invoices, invoice support, or payment inquiries to Medpace.</p> <p><b>A6 PAYEE INFORMATION</b></p>	<p>Tutte le informazioni personali o identificabili del/i partecipante/i allo studio devono essere oscurate prima di inviare fatture, documentazione di supporto alle fatture o richieste di pagamento a Medpace.</p> <p><b>A6 DATI DEL BENEFICIARIO</b></p>																																												
<p>All payments made by Medpace, as Sponsor's payment agent, as set forth herein shall be payable solely to Payee at the address set forth below. Any such payments which are due to any other party performing services in connection with the Study shall be a matter solely between Payee and such party.</p>	<p>Tutti i pagamenti effettuati da Medpace, in qualità di agente dei pagamenti dello Sponsor, come indicato nella presente, saranno corrisposti esclusivamente al Beneficiario presso l'indirizzo indicato più avanti. Gli eventuali pagamenti dovuti a qualunque altra parte che offre servizi connessi con lo studio devono essere gestiti esclusivamente tra il Beneficiario e la parte interessata.</p>																																												
<p>Table 11 – For sites receiving payment by foreign wire transfer</p>	<p>Tabella 12 – per i centri che ricevono il pagamento a mezzo bonifico bancario estero</p>																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PAYEE INFORMATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beneficiary Name</td> <td>AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE</td> </tr> <tr> <td>Payee Mailing Address</td> <td>VIA DEL VESPRO 129, 90127 PALERMO (PA) PHONE: 091 6555524 MAXUNI@YAHOO.IT</td> </tr> <tr> <td>Contact Name</td> <td>ROSARIA MOSCA</td> </tr> <tr> <td>Email Address</td> <td>rosaria.mosca@policlinico.pa.it</td> </tr> <tr> <td>Bank</td> <td>BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A Sede di Via Roma n. 297 - c/c 218030</td> </tr> <tr> <td>Account No</td> <td>000000218030</td> </tr> <tr> <td>IBAN No</td> <td>IT86P0100504600000000218030</td> </tr> <tr> <td>BIC Code/Swift Code</td> <td>BNLIITRR</td> </tr> <tr> <td>Tax ID#**</td> <td>00557720109</td> </tr> <tr> <td>Additional Information</td> <td>A copy of the payment must be sent to the Technical-Scientific Secretariat of the CET at the e-mail address cetsicilia@policlinico.pa.it highlighting the title of the trial, identification code and center reference.</td> </tr> </tbody> </table>	PAYEE INFORMATION		Beneficiary Name	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE	Payee Mailing Address	VIA DEL VESPRO 129, 90127 PALERMO (PA) PHONE: 091 6555524 MAXUNI@YAHOO.IT	Contact Name	ROSARIA MOSCA	Email Address	rosaria.mosca@policlinico.pa.it	Bank	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A Sede di Via Roma n. 297 - c/c 218030	Account No	000000218030	IBAN No	IT86P0100504600000000218030	BIC Code/Swift Code	BNLIITRR	Tax ID#**	00557720109	Additional Information	A copy of the payment must be sent to the Technical-Scientific Secretariat of the CET at the e-mail address cetsicilia@policlinico.pa.it highlighting the title of the trial, identification code and center reference.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DATI DEL BENEFICIARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nome del beneficiario</td> <td>AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE</td> </tr> <tr> <td>Indirizzo postale del beneficiario</td> <td>VIA DEL VESPRO 129, 90127 PALERMO (PA) TELEFONO: 091 6555524 MAXUNI@YAHOO.IT</td> </tr> <tr> <td>Nome del contatto</td> <td>ROSARIA MOSCA</td> </tr> <tr> <td>Indirizzo e-mail</td> <td>rosaria.mosca@policlinico.pa.it</td> </tr> <tr> <td>Banca</td> <td>BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A Sede di Via Roma n. 297 - c/c 218030</td> </tr> <tr> <td>Numero di conto corrente</td> <td>000000218030</td> </tr> <tr> <td>Codice IBAN</td> <td>IT86P0100504600000000218030</td> </tr> <tr> <td>Codice BIC/Swift</td> <td>BNLIITRR</td> </tr> <tr> <td>Codice fiscale n. **</td> <td>00557720109</td> </tr> <tr> <td>Altre informazioni</td> <td>Copia del versamento dovrà essere inviato, alla Segreteria Tecnico Scientifica del CET, all'indirizzo e-mail cetsicilia@policlinico.pa.it evidenziando il titolo della sperimentazione, Codice identificativo ed il centro di riferimento.</td> </tr> </tbody> </table>	DATI DEL BENEFICIARIO		Nome del beneficiario	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE	Indirizzo postale del beneficiario	VIA DEL VESPRO 129, 90127 PALERMO (PA) TELEFONO: 091 6555524 MAXUNI@YAHOO.IT	Nome del contatto	ROSARIA MOSCA	Indirizzo e-mail	rosaria.mosca@policlinico.pa.it	Banca	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A Sede di Via Roma n. 297 - c/c 218030	Numero di conto corrente	000000218030	Codice IBAN	IT86P0100504600000000218030	Codice BIC/Swift	BNLIITRR	Codice fiscale n. **	00557720109	Altre informazioni	Copia del versamento dovrà essere inviato, alla Segreteria Tecnico Scientifica del CET, all'indirizzo e-mail cetsicilia@policlinico.pa.it evidenziando il titolo della sperimentazione, Codice identificativo ed il centro di riferimento.
PAYEE INFORMATION																																													
Beneficiary Name	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE																																												
Payee Mailing Address	VIA DEL VESPRO 129, 90127 PALERMO (PA) PHONE: 091 6555524 MAXUNI@YAHOO.IT																																												
Contact Name	ROSARIA MOSCA																																												
Email Address	rosaria.mosca@policlinico.pa.it																																												
Bank	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A Sede di Via Roma n. 297 - c/c 218030																																												
Account No	000000218030																																												
IBAN No	IT86P0100504600000000218030																																												
BIC Code/Swift Code	BNLIITRR																																												
Tax ID#**	00557720109																																												
Additional Information	A copy of the payment must be sent to the Technical-Scientific Secretariat of the CET at the e-mail address cetsicilia@policlinico.pa.it highlighting the title of the trial, identification code and center reference.																																												
DATI DEL BENEFICIARIO																																													
Nome del beneficiario	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE																																												
Indirizzo postale del beneficiario	VIA DEL VESPRO 129, 90127 PALERMO (PA) TELEFONO: 091 6555524 MAXUNI@YAHOO.IT																																												
Nome del contatto	ROSARIA MOSCA																																												
Indirizzo e-mail	rosaria.mosca@policlinico.pa.it																																												
Banca	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A Sede di Via Roma n. 297 - c/c 218030																																												
Numero di conto corrente	000000218030																																												
Codice IBAN	IT86P0100504600000000218030																																												
Codice BIC/Swift	BNLIITRR																																												
Codice fiscale n. **	00557720109																																												
Altre informazioni	Copia del versamento dovrà essere inviato, alla Segreteria Tecnico Scientifica del CET, all'indirizzo e-mail cetsicilia@policlinico.pa.it evidenziando il titolo della sperimentazione, Codice identificativo ed il centro di riferimento.																																												
<p>**Requested for Medpace Accounting tracking purposes only</p>	<p>**Richiesto al solo scopo di tracciatura da parte del sistema contabile di Medpace</p>																																												