

| AMENDMENT n. 2 TO | Emendamento n. 2 AL |
|---|--|
| <p>CLINICAL INVESTIGATION AGREEMENT FOR THE DRUGS “An Open-Label Extension Study of Olezarsen (ISIS 678354) Administered Subcutaneously to Patients with Severe Hypertriglyceridemia (SHTG)”</p> <p>(“Amendment”)</p> | <p>CONTRATTO PER LA CONDUZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA SU MEDICINALI “Studio in estensione in aperto di Olezarsen (ISIS678354) somministrato per via sottocutanea a pazienti con grave ipertrigliceridemia (SHTG)”</p> <p>(“Emendamento”)</p> |
| <p style="text-align: center;">BETWEEN</p> <p>Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo (hereinafter the “Entity”), headquartered in Via del Vespro n. 129, 90127 Palermo - Italia, tax code and VAT no. 05841790826, through its General Director Dr. Maria Grazia Furnari, with the powers to enter into this amendment</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>Medpace Clinical Research LLC, headquartered in 5375 Medpace Way, Cincinnati, Ohio 45227 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 Ionis Pharmaceuticals, Inc. (hereinafter the “Sponsor”), by virtue of the authority/mandate/power of attorney granted on 31 May 2023</p> <p>Collectively, Entity and CRO referred to in the present Amendment as “Parties”.</p> | <p style="text-align: center;">TRA</p> <p>Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo (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 Direttrice Generale, Dott.ssa Maria Grazia Furnari, munito di idonei poteri di firma del presente emendamento</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Medpace Clinical Research LLC, con sede legale in 5375 Medpace Way, Cincinnati, Ohio 45227 USA, C.F. n. LLC81-4138570, in persona del proprio firmatario autorizzato, Dott.ssa 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 Ionis Pharmaceuticals, Inc. (d’ora innanzi denominato “Promotore”), in forza di idonea delega/mandato/procura conferita in data 31 maggio 2023</p> <p>Collettivamente, Ente e CRO indicate nel presente Emendamento come “Parti”.</p> |
| <p style="text-align: center;">WHEREAS:</p> | <p style="text-align: center;">PREMESSO CHE:</p> |
| <p>- The Parties entered into a Clinical Investigational Agreement for the Drugs as of 2 December 2024 as amended by Amendment n.1 dated 20 January 2025 (collectively, the “Agreement”) for the execution of the clinical trial entitled “An Open-Label Extension Study of Olezarsen (ISIS 678354) Administered Subcutaneously to Patients with Severe Hypertriglyceridemia (SHTG)”, Prot. ISIS 678354-CS15, version no. 1.0 of 26 September 2022 (hereinafter the “Trial”) at the Entity, under the responsibility</p> | <p>- In data 2 dicembre 2024 (“Data di Decorrenza”) le Parti hanno stipulato un Contratto per la conduzione della Sperimentazione Clinica su Medicinali, emendato dall’Emendamento n.1 in data 20 gennaio 2025 (collettivamente il “Contratto”) per l’esecuzione della sperimentazione clinica dal titolo “Studio in estensione in aperto di Olezarsen (ISIS678354) somministrato per via sottocutanea a pazienti con grave ipertrigliceridemia (SHTG)”, Prot. ISIS 678354-CS15 versione n. 1.0 del 26 settembre 2022 (di</p> |

| | |
|---|---|
| <p>of Dr. Angelo Baldassare Cefalù, as the scientific Director of the trial covered by this Agreement (the “Principal Investigator”), at U.O.C.: Astanteria MCAU;</p> | <p>seguito “Sperimentazione”) presso l’Ente, sotto la responsabilità del Prof. Angelo Baldassare Cefalù, in qualità di Responsabile scientifico della sperimentazione oggetto del presente Contratto (di seguito “Sperimentatore Principale”), afferente la UOC Astanteria MCAU di seguito;</p> |
| <p>- On 20 January 2025, the Parties entered into an Amendment n.1 to the Agreement in order to sign the Standard Contractual Clauses;</p> | <p>- In data 20 gennaio 2025 le Parti hanno stipulato un Emendamento n.1 al Contratto al fine di sottoscrivere le Standard Contractual Clauses;</p> |
| <p>- following the submission of the Protocol Amendment v. 3.0 of 11 February 2025, duly authorized subject to the provision of national AIFA authorization uploaded on the EU portal pursuant to art. 80 of the Regulation (EU) no. 536/2014 on 26 August 2025 which includes the opinion issued by the Ethics Committee Area Sud-Ovest Veneto, the Parties desire to further amend the Agreement in order to update the budget contained in the Annex A of the Agreement.</p> | <p>- a seguito della sottomissione dell’Emendamento al Protocollo v. 3.0 dell’11 febbraio 2024, regolarmente autorizzato previo provvedimento nazionale AIFA caricato sul portale UE di cui all’art. 80 del Regolamento (UE) n. 536/2014 in data 26 agosto 2025 che include il parere emesso dal Comitato Etico Nazionale per le sperimentazioni cliniche relative a terapie avanzate, le Parti desiderano emendare ulteriormente il Contratto per aggiornare il budget contenuto nell’Allegato A del Contratto stesso.</p> |
| <p>NOW THEREFORE, THE PARTIES HEREBY AGREE AS FOLLOWS:</p> | <p>TUTTO CIO’ PREMESSO SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:</p> |
| <p>1. The recitals constitute integral and substantial part of this Amendment.</p> | <p>1. Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente Emendamento.</p> |
| <p>2. The budget attached to this Amendment (Annex A) is incorporated herein, and cancels and replaces previous Annex A to the Agreement.</p> | <p>2. Il budget allegato al presente Emendamento (Allegato A) e qui incorporato, annulla e sostituisce il precedente Allegato A del Contratto.</p> |
| <p>3. This Amendment is effective as of the date of approval by the Ethics Committee of Protocol Amendment v. 3.0.</p> | <p>3. Il presente Emendamento ha effetto a decorrere dalla data di approvazione da parte del Comitato Etico dell’emendamento al Protocollo v. 3.0.</p> |
| <p>4. All other provisions of the Agreement shall remain unchanged and in effect.</p> | <p>4. Tutte le altre disposizioni del Contratto rimangono inalterate e valide.</p> |

Per CRO e in qualità di agente di pagamento/ For the CRO and as Sponsor's payment agent

Executive Director, Clinical Trial Management

Laura Omoboni

Firma/Signature

Per l'Ente/For the Entity

Legale Rappresentante/ Legal Representative

Dott.ssa/Dr. Maria Grazia Furnari

Firma/Signature

| | |
|--|---|
| | |
| SCHEDULE A | ALLEGATO A |
| IONIS PHARMACEUTICALS INC. | IONIS PHARMACEUTICALS INC. |
| PROTOCOL ID: ISIS 678354-CS15 | ID PROTOCOLLO: ISIS 678354-CS15 |
| ANGELO BALDASSARRE CEFALU' | ANGELO BALDASSARRE CEFALU' |
| SITE: 1951 | CENTRO: 1951 |
| SCHEDULE A VERSION: VERSION #1 | ALLEGATO A VERSIONE: VERSIONE N. 1 |
| COUNTRY: ITALY | PAESE: ITALIA |
| SCHEDULE A | ALLEGATO A |
| A1 STUDY BUDGET | A1 BUDGET DELLO STUDIO |
| <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, taxes, and subject stipend or travel reimbursement, 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 EUR.</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 corrispettivi indicati includono i costi operativi, le imposte e il compenso o il rimborso delle spese di viaggio sostenute dai soggetti, a seconda del caso. 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 (electronic Case Report Form, eCRF), sui dati di laboratorio, sui dati del sistema interattivo di risposta vocale (Interactive Voice Response System, IVRS) o su altre specifiche fonti di dati. Tutti gli importi qui riportati sono espressi</p> |

| | |
|--|--|
| | in EURO. |
| A1.1 Fee for Each Evaluable Subject EUR 19,938 | A1.1 Compenso per ciascun soggetto valutabile € 19.938 |
| An “evaluable subject” is one who has been enrolled (randomized to treatment) and in whom all the applicable terms and conditions of the Protocol and this Agreement have been satisfied. Randomization occurs at Day 1. | Si definisce “soggetto valutabile” qualunque individuo arruolato (randomizzato al trattamento) che soddisfi tutti i termini e condizioni applicabili del Protocollo e della presente Convenzione. La randomizzazione si esegue il Giorno 1. |
| A2 SETUP FEES & VISIT PAYMENTS | A2 COMPENSI PER LE ATTIVITÀ PRELIMINARI E PAGAMENTI PER LE VISITE |
| <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. | <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. |
| A2.1 Set-up Fees | A2.1 Compensi per le attività preliminari |
| 2.1.1 Non-refundable Administrative Set-up Fee EUR 1,700 | 2.1.1 Compenso non rimborsabile per le attività preliminari e le spese amministrative € 1.700 |
| 2.1.2 Upon Entity’s request and as per Sicily Region 746/2023 (art. 2, par. 5 and 6) the Sponsor/CRO – taking into account the direct and indirect costs incurred for conducting the trials – will pay a one-time fee (Administrative fee) upon contract signature equal to EUR 2,000 | 2.1.2 Su richiesta dell’Ente, e come 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 amministrativa) alla firma del contratto pari a € 2.000 |
| 2.1.3 Pharmacy Set-up Fee (instruction phase + SIV) EUR 650 | 2.1.3 Compenso di avvio della farmacia (Istruttoria + SIV) € 650 |
| Payment will be made within forty-five (45) days of: | Il pagamento sarà effettuato entro quarantacinque (45) giorni da: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sponsor declaring Institution to be ready for Study Initiation; | <ul style="list-style-type: none"> • dichiarazione da parte dello Sponsor che l’Istituto è pronto per iniziare lo studio; |
| <ul style="list-style-type: none"> • IRB/EC approval; and | <ul style="list-style-type: none"> • approvazione del Comitato Etico (CE); e |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medpace’s receipt of the fully executed | <ul style="list-style-type: none"> • ricevimento da parte di Medpace della |

| | |
|--|--|
| Agreement. | Convenzione formalizzata e sottoscritta. |
| A3 Ongoing Payments | A3 Pagamenti periodici |
| <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 after the end of each quarter. The quarterly schedule may be offset from the calendar quarter.</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 quarantacinque (45) giorni successivi la fine di ciascun trimestre. La periodicità trimestrale potrebbe non coincidere con il trimestre solare.</p> |

| | |
|--|---|
| Table 1 – Fees for Completed Clinical Visits for Randomized Subjects | Tabella 1 – Compensi per le visite mediche completate per i soggetti randomizzati |
|--|---|

| VISIT | Fee |
|--------------------------|----------------------|
| Qualification | EUR 538.00 |
| D1 | EUR 1,283.00 |
| D29 | EUR 906.00 |
| D57 | EUR 930.00 |
| D85 | EUR 945.00 |
| D113 (phone) | EUR 171.00 |
| D141 (phone) | EUR 171.00 |
| D169 | EUR 1,180.00 |
| D197 (phone) | EUR 171.00 |
| D225 (phone) | EUR 171.00 |
| D253 (phone) | EUR 171.00 |
| D281 | EUR 1,032.00 |
| D309 (phone) | EUR 171.00 |
| D337 (phone) | EUR 171.00 |
| D365 | EUR 1,180.00 |
| D393/ D393H (phone) | EUR 171.00 |
| D421/ D421H (phone) | EUR 171.00 |
| D449/ D449H | EUR 771.00 |
| D477/ D477H (phone) | EUR 171.00 |
| D505/ D505H (phone) | EUR 171.00 |
| D553/ D553H | EUR 1,180.00 |
| D561/ D561H (phone) | EUR 171.00 |
| D589/ D589H (phone) | EUR 171.00 |
| D617/ D617H (phone) | EUR 171.00 |
| D645/ D645H (phone) | EUR 171.00 |
| D673/ D673H (phone) | EUR 171.00 |
| D701/ D701H (phone) | EUR 171.00 |
| D729/ D729H | EUR 1,180.00 |
| D757/ D757H (phone) | EUR 171.00 |
| D785/ D785H (phone) | EUR 171.00 |
| D813/ D813H | EUR 771.00 |
| D841/ D841H (phone) | EUR 171.00 |
| D869/ D869H (phone) | EUR 171.00 |
| D897/ D897H | EUR 1,180.00 |
| D925/ D925H (phone) | EUR 171.00 |
| D953/ D953H (phone) | EUR 171.00 |
| D981/ D981H (phone) | EUR 171.00 |
| D1009/ D1009H (phone) | EUR 171.00 |
| D1037/ D1037H (phone) | EUR 171.00 |
| D1065/ D1065H (phone) | EUR 171.00 |
| D1093/ D1093H/ ET | EUR 815.00 |
| 4 Week Follow Up (phone) | EUR 171.00 |
| 8 Week Follow Up | EUR 531.00 |
| 13 Week Follow Up | EUR 728.00 |
| TOTAL PER PATIENT | EUR 19,938.00 |
| Re-Qualification | EUR 609.00 |
| Tx ET | EUR 815.00 |
| Post Tx ET | EUR 728.00 |
| Optional HH Visit | EUR 159.00 |

| | |
|--|--|
| A4 Final Payment | A4 Pagamento finale |
| Final payment for all services performed under this Agreement will be paid to Payee by Medpace after: | Medpace corrisponderà al Beneficiario il pagamento finale per tutti i servizi svolti nell’ambito della presente Convenzione dopo: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Final resolution of all queries; | <ul style="list-style-type: none"> • Risoluzione definitiva di tutte le query; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Upon final acceptance of all eCRFs; | <ul style="list-style-type: none"> • Accettazione definitiva di tutte le schede eCRF; |
| <ul style="list-style-type: none"> • The receipt and approval of any outstanding regulatory documents as required by Sponsor; | <ul style="list-style-type: none"> • Ricevimento e approvazione degli eventuali documenti regolatori mancanti e richiesti dallo Sponsor; |
| <ul style="list-style-type: none"> • The return of all unused Study Drug, Study supplies (including any equipment provided by Sponsor) and Confidential Information to Sponsor; and | <ul style="list-style-type: none"> • Restituzione allo Sponsor di tutti i Farmaci in studio non utilizzati, dei Materiali forniti per lo Studio (incluse le eventuali apparecchiature fornite dallo Sponsor) e delle Informazioni riservate; e |
| <ul style="list-style-type: none"> • Upon completion of all other applicable conditions set forth in the Agreement. | <ul style="list-style-type: none"> • Ottemperanza di tutte le altre condizioni applicabili di cui alla presente Convenzione. |
| A4.1 Archiving Fee 340 A4.2 Close-out Fee 150 | A4.1 Compenso per archiviazione € 340 A4.2 Compenso Visita di chiusura € 150 |
| EUR | EUR |
| Payable with final payment. | Da corrispondere con il pagamento finale. |
| A4.3 Unscheduled Visit EUR 250 | A4.3 Visita non programmata € 250 |
| Medpace shall pay Payee for Study subjects who incur an unscheduled safety visit that occurs after randomization in the amount as listed above per occurrence. These visits will be compensated with the final payment for subjects for whom completed eCRFs as applicable, have been accepted by Sponsor or Sponsor's representative. | Medpace pagherà il Beneficiario per i soggetti partecipanti allo Studio che si sottoporranno a una visita di sicurezza non programmata che avrà luogo dopo la randomizzazione secondo l’importo elencato sopra in base all’evento. Queste visite saranno compensate con il pagamento finale per i soggetti per i quali le schede eCRF complete, ove pertinente, sono state accettate dallo Sponsor o dal rappresentante dello Sponsor. |

A5 INVOICEABLE ITEMS

A5 VOCI FATTURABILI

Payment will be made within forty-five (45) days of receipt of invoice and supporting documentation if applicable and requested.

Il pagamento sarà effettuato entro quarantacinque (45) giorni dal ricevimento della fattura e della relativa documentazione, ove pertinente e richiesto.

A5.1 Additional Subject Procedures

A5.1 Procedure aggiuntive dei soggetti

Payment will be made for procedures listed below if required by the protocol and not considered as standard of care.

Il pagamento sarà effettuato per le procedure elencate sotto se richiesto dal protocollo e non considerate standard di cura.

Table 2 – Unitized Procedures

Tabella 2 – Procedure unitarie

| FEES | COST | UNIT (IF APPLICABLE) | FEES | COST | UNIT (IF APPLICABLE) |
|---|-----------|--|---|-----------|---|
| EQ-5D-5L | EUR 12 | At D1, D85, D169, D281 and D365 for patients at select sites. | EQ-5D-5L | EUR 12 | Alla visita D1, D85, D169, D281 e D365 per pazienti in centri selezionati |
| Focused Physical Exam, Signs and Symptoms of Pancreatitis | EUR 35 | If clinically indicated (pancreatitis symptoms present). | Esame fisico mirato, segni e sintomi di pancreatite | EUR 35 | Se clinicamente indicato (sintomi di pancreatite presenti). |
| Health Related Quality of Life | EUR 26 | At D1, D85, D169, D281 and D365 for patients at select sites. | Qualità della vita correlata alla salute | EUR 26 | Alla visita D1, D85, D169, D281 e D365 per pazienti in centri selezionati |
| Abdomen MRI | EUR 1,230 | At D365, D729/D729H and D1093/ D1093H at selected sites, if patient had MRI data collected in the parent study. Additional timepoints require previous Sponsor approval. | Risonanza Magnetica Addome | EUR 1,230 | Nelle visite D365, D729/D729H and D1093/ D1093H presso il centro selezionato, se il paziente aveva dati raccolti nelle negli studi gemelli. Ulteriori visite richiedeono l'approvazione preventiva dello sponsor. |

MEDPACE

THE ADVANTAGE OF FOCUS

Table 3 – Lab Assessments

| FEES | COST | UNIT (IF APPLICABLE) |
|--|--------|--|
| Extended Urinalysis | EUR 9 | Repeat if clinically indicated. OR Timepoints at Qualification visits not needed if occurred at previous study (ISIS 678354 CS5 or CS6). |
| Specimen Handling for Venipuncture and Extended Urinalysis | EUR 15 | Repeat if clinically indicated. OR Timepoints at Qualification visits not needed if occurred at previous study (ISIS 678354 CS5 or CS6). |
| Venipuncture | EUR 13 | Repeat if clinically indicated. OR Timepoints at Qualification visits not needed if occurred at previous study (ISIS 678354 CS5 or CS6). |

Table 3 – Esami di laboratorio

| FEES | COSTO | UNITA' (SE APPLICABILE) |
|--|--------|--|
| Analisi delle urine estesa | EUR 9 | Ripetere se clinicamente indicato. OPPURE I punti temporali alle visite di qualificazione non sono necessari se si sono verificati in uno studio precedente (ISIS 678354 CS5 o CS6). |
| Trattamento dei campioni per venipuntura e analisi prolungata delle urine. | EUR 15 | Ripetere se clinicamente indicato. OPPURE I punti temporali alle visite di qualificazione non sono necessari se si sono verificati in uno studio precedente (ISIS 678354 CS5 o CS6). |
| Venipuntura | EUR 13 | Ripetere se clinicamente indicato. OPPURE I punti temporali alle visite di qualificazione non sono necessari se si sono verificati in uno studio precedente (ISIS 678354 CS5 o CS6). |

Table 4 – Pharmacy costs

| FEES | COST | UNIT (IF APPLICABLE) |
|--|---------|------------------------------------|
| IP supply | EUR 50 | If applicable, for each arrival |
| IWRS assignment and IP delivery to the enrolled patients | EUR 40 | If applicable, for each dispensing |
| Monitoring Visit | EUR 100 | If applicable, for each visit |
| Remote Monitoring Visit | EUR 100 | If applicable, for each visit |

Table 4– Costi Farmacia

| COMPENSI | COSTO | UNITÀ (SE APPLICABILE) |
|---|---------|---------------------------------|
| 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 |

| | | | | | |
|--|--------|-----------------------|--|--------|--------------------------|
| Preparation of returns to be returned (IMPs or thermostat containers) | EUR 50 | Each package prepared | Preparazione reso da rispedire (IMPs o contenitori termostati) | EUR 50 | Per ogni collo preparato |
| <p>A5.2 Subject Travel Reimbursement up to EUR 26 per Subject per Visit</p> <p>Subject travel reimbursement will be handled by Site's Administration</p> | | | <p>A5.2 Rimborso delle spese di viaggio fino a € 26 per soggetto per visita</p> <p>Il rimborso delle spese di viaggio sarà gestito dall'amministrazione del Centro</p> | | |
| <p>A5.3 Platelet Count Safety Monitoring</p> <p>Paid in addition to the Unscheduled Visit. Peripheral smear and Fibrogen split products or D-dimer on fresh blood for patients with platelet count less than 50,000/mm³.</p> | | | <p>A5.3 Monitoraggio della sicurezza della conta piastrinica € 60</p> <p>Pagato in aggiunta alla Visita non programmata. Striscio su sangue periferico e prodotti di degradazione del fibrinogeno o D dimero su sangue fresco per pazienti con conta piastrinica inferiore a 50.000/mm³.</p> | | |
| <p>A5.4 Additional Study-necessitated Fees</p> <p>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.</p> | | | <p>A5.4 Ulteriori compensi necessari ai fini dello Studio</p> <p>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.</p> | | |
| <p>A5.5 Nominal equipment</p> <p>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.</p> | | | <p>A5.5 Apparecchiature di valore nominale</p> <p>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.</p> | | |
| <p>A6 MEDPACE RIGHTS</p> <p>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.</p> | | | <p>A6 DIRITTI DI MEDPACE</p> <p>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.</p> | | |

A7 MEDPACE INVOICING

All payment inquiries and invoices submitted shall include the Protocol number and Principal Investigator name and be sent to the following:

Email: siteinvoices@medpace.com
Phone: 513-579-9911

Medpace Clinical Research, LLC
Attn: Clinical Operations Site Payments
5375 Medpace Way
Cincinnati, Ohio 45227

All invoices must be submitted to Medpace within ninety (90) days of occurrence or up to thirty (30) days after receipt of the final payment.

A7.1 PAYEE INFORMATION

All payments made by Medpace 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.

Table 5 - For sites receiving payment by foreign wire transfer

| 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 |

A7 FATTURAZIONE A MEDPACE

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:

E-mail: siteinvoices@medpace.com
Telefono: +1-513-579-9911

Medpace Clinical Research, LLC
Attn: Clinical Operations Site Payments
5375 Medpace Way
Cincinnati, Ohio 45227 Stati Uniti

Tutte le fatture devono essere presentate a Medpace entro novanta (90) giorni dall'emissione o entro e non oltre trenta (30) giorni successivi dal ricevimento del pagamento finale.

A7.1 DATI DEL BENEFICIARIO

Tutti i pagamenti effettuati da Medpace, come indicato nella presente Convenzione, saranno corrisposti esclusivamente al Beneficiario presso l'indirizzo indicato di seguito. 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.

Tabella 5 - Per i centri che ricevono il pagamento a mezzo bonifico bancario estero

| 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 | BNLIITRR |

MEDPACE

THE ADVANTAGE OF FOCUS

| | | | |
|---|---|--|--|
| Tax ID#** | 00557720109 | BIC/Swift | |
| 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. | 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. |
| **Requested for Medpace Accounting tracking purposes only | | **Richiesto al solo scopo di tracciatura da parte del sistema contabile di Medpace | |