

WZÓR PEŁNOMOCNICTWA

_____ (miejsowość, data)

PEŁNOMOCNICTWO

Nazwa akcjonariusza / Imię i nazwisko akcjonariusza*:

Adres akcjonariusza:

numer KRS / NIP akcjonariusza / Inny numer rejestrowy*:

numer PESEL akcjonariusza*:

adres e-mail kontaktowy:

numer telefonu kontaktowego:

(„Akcjonariusz”)

Akcjonariusz udziela:

_____ (dane pełnomocnika, w szczególności imię i nazwisko / nazwa, numer PESEL / lub inny numer identyfikujący / adres pełnomocnika, numer dokumentu tożsamości)

pełnomocnictwa do reprezentowania Akcjonariusza poprzez uczestniczenie oraz wykonywanie prawa głosu z posiadanych przez Akcjonariusza _____ (podać liczbę) akcji MEDISENSONIC S.A. z siedzibą we Wrocławiu (KRS nr: 0001018765) na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu MEDISENSONIC S.A. które ma się odbyć w dniu 27 czerwca 2024 roku.

Akcjonariusz umocowuje pełnomocnika do samodzielnego działania oraz reprezentowania Akcjonariusza z prawem do wykonywania prawa głosu ze _____ (podać liczbę) akcji posiadanych przez Akcjonariusza

zgodnie z załączonym formularzem w tym w szczególności do głosowania nad wszystkimi uchwałami w ramach porządku obrad danego Zgromadzenia / według uznania pełnomocnika*.

Pełnomocnik ma prawo do dokonywania wszelkich innych czynności faktycznych i prawnych niezbędnych do wykonania pełnomocnictwa.

Pełnomocnik jest umocowany do reprezentacji Akcjonariusza również w przypadku ogłoszenia przerwy w obradach. Pełnomocnictwo jest ważne do dnia _____.

Pełnomocnik jest umocowany / nie jest umocowany* do udzielania dalszego pełnomocnictwa.

Załącznikiem do pełnomocnictwa jest formularz głosowania przez pełnomocnika*

.....
(podpis Akcjonariusza lub jego reprezentanta)

* niepotrzebne skreślić.