

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 i umocowuje do samodzielnego działania reprezentowania Akcjonariusza poprzez uczestniczenie oraz wykonywanie prawa głosu z posiadanych przez Akcjonariusza _____ (podać liczbę) akcji MEDISEN SONIC S.A. z siedzibą we Wrocławiu (KRS nr: 0001018765) na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu MEDISEN SONIC S.A. które ma się odbyć w dniu 30 czerwca 2026 roku,

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

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.