

WZÓR PEŁNOMOCNICTWA

(miejsowość, data)

PEŁNOMOCNICTWO

Nazwa akcjonariusza / Imię i nazwisko akcjonariusza*:

Adres akcjonariusza:

Numer KRS / NIP / Inny numer rejestrowy akcjonariusza *:

Numer PESEL akcjonariusza*:

Adres e-mail kontaktowy:

Numer telefonu kontaktowego:

(„Akcjonariusz”)

Akcjonariusz udziela:

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

pełnomocnictwa do reprezentowania Akcjonariusza poprzez uczestniczenie oraz wykonywanie prawa głosu z posiadanych przez Akcjonariusza _____ (podać liczbę) akcji NESTMEDIC S.A. z siedzibą w Warszawie (KRS nr: 0000665017) na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Akcjonariuszy NESTMEDIC S.A. zwołanym na dzień 27 czerwca 2024 roku.

Akcjonariusz umocowuje pełnomocnika do samodzielnego działania oraz reprezentowania Akcjonariusza z prawem do wykonywania prawa głosu z posiadanych przez Akcjonariusza _____ (podać liczbę) akcji zapisanych na rachunku _____ (podać numer rachunku, na którym zapisane są akcje) prowadzonym przez _____ (wskazać podmiot prowadzący rachunek, na którym zapisane są akcje), zgodnie z załączonym formularzem / 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.

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

Załącznikiem do pełnomocnictwa jest formularz głosowania przez pełnomocnika*

Pełnomocnictwo jest ważne do dnia _____.

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

* niepotrzebne skreślić.