

Wzór pełnomocnictwa

[miejsowość, data]

Telemedycyna Polska S.A.
Ul. Ligocka 103
40-568 Katowice

Mocodawca: [wskazanie imienia i nazwiska lub firmy , adresu, telefonu i adresu poczty elektronicznej]

Pełnomocnik: [wskazanie imienia i nazwiska lub firmy , adresu, telefonu i adresu poczty elektronicznej]

Pełnomocnictwo

Mocodawca, tj. [imię i nazwisko lub firma] niniejszym udziela Pełnomocnikowi, tj. [imię i nazwisko lub firma] pełnomocnictwa do uczestniczenia oraz wykonywania prawa głosu z posiadanych przez Mocodawcę [wskazanie liczby] akcji spółki Telemedycyna Polska S.A. na Walnym Zgromadzeniu tej Spółki zwołanym na dzień [data].