

Telemedycyna Polska S.A.

Ul. Ligocka 103

40-568 Katowice

Mocodawca: [wskazanie imienia i nazwiska lub firmy, adresu, serii i numeru dowodu osobistego lub paszportu (w przypadku Mocodawcy będącego osobą fizyczną) / numeru KRS lub danych rejestrowych podmiotu zagranicznego (w przypadku Mocodawcy będącego podmiotem innym niż osoba fizyczna), numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej]

Pełnomocnik: [wskazanie imienia i nazwiska lub firmy, adresu, serii i numeru dowodu osobistego lub paszportu (w przypadku Pełnomocnika będącego osobą fizyczną) / numeru KRS lub danych rejestrowych podmiotu zagranicznego (w przypadku Pełnomocnika będącego podmiotem innym niż osoba fizyczna), numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej]

Pełnomocnictwo

do reprezentacji na Walnym Zgromadzeniu Telemedycyna Polska S.A. z siedzibą w Katowicach

Mocodawca, tj. [*imię i nazwisko lub firma*] niniejszym udziela Pełnomocnikowi, tj. [*imię i nazwisko lub firma*] pełnomocnictwa do reprezentowania Mocodawcy jako akcjonariusza Telemedycyna Polska S.A. z siedzibą w Katowicach („**Spółka**”) na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki zwołanym na dzień [*wskazanie daty Walnego Zgromadzenia*].

Niniejsze Pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w imieniu Mocodawcy na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki wszystkich uprawnień przysługujących Mocodawcy z [*wskazanie liczby*] akcji Spółki, w tym w szczególności do uczestniczenia w Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu oraz wykonywania prawa głosu z tych akcji.

Pełnomocnik *upoważniony jest/nie jest upoważniony*¹ do ustanawiania dalszych pełnomocników.

Podpis Mocodawcy (osób reprezentujących) _____

¹ Niepotrzebne skreślić