

Wzór pełnomocnictwa

[miejsowość, data]

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 Nadzwyczajnym 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 Nadzwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki zwołanym na dzień *[wskazanie daty Walnego Zgromadzenia]*.

Niniejsze Pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w imieniu Mocodawcy na Nadzwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki wszystkich uprawnień przysługujących Mocodawcy z *[wskazanie liczby]* akcji Spółki, w tym w szczególności do uczestniczenia w Nadzwyczajnym 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