

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 Zwyczajnym 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 **27 czerwca 2024 r.**

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