

Formularz Pełnomocnictwa

Dane Akcjonariusza:

Imię i nazwisko/Firma:*

Adres:

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości/Nazwa rejestru i numer wpisu w rejestrze:*

PESEL: *

jako Akcjonariusz posiadający**

akcji MedApp S.A. z siedzibą w Krakowie upoważniam następującą osobę:

Dane Pełnomocnika:

Imię i nazwisko/Firma: *

Adres:

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości/Nazwa rejestru i numer wpisu w rejestrze:*

PESEL: *

do reprezentowania Akcjonariusza na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu MedApp S.A. z siedzibą w Krakowie, Al. Juliusza Słowackiego 6/10, 30-037 Kraków, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000365157, NIP: 7010264750, REGON: 142641690, zwołanym na dzień 28.06.2024 r., a w szczególności do podpisania listy obecności, zabierania głosu oraz wykonywania prawa głosu z akcji w zakresie wszystkich uchwał objętych porządkiem obrad, jak też do podejmowania innych czynności związanych ze Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniem.

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje _____ akcji posiadanych przez Akcjonariusza.***

Pełnomocnik może udzielić dalszego pełnomocnictwa. ☐ TAK ☐ NIE

Ograniczenia pełnomocnictwa: ****

Miejsce, data i podpis Akcjonariusza/osób uprawnionych do reprezentowania Akcjonariusza

* Niepotrzebne skreślić.

** Należy wpisać liczbę akcji.

*** Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy niniejszym pełnomocnictwem nie jest objęta całość akcji posiadanych przez Akcjonariusza. W przeciwnym razie należy skreślić.

**** Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy niniejsze pełnomocnictwo nie obejmuje wszystkich uprawnień Akcjonariusza na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu. W przeciwnym razie należy skreślić.