

....., dniar.

FORMULARZ PEŁNOMOCNICTWA

AKCJONARIUSZ

Imię i nazwisko / Nazwa:

Nr i seria dokumentu tożsamości / Nr rejestru:

Nr PESEL / NIP:

Adres zamieszkania / siedziby:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

niniejszym ustanawia PEŁNOMOCNIKIEM Pana/Panią:

Imię i nazwisko:

Nr i seria dokumentu tożsamości:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

**do reprezentowania Akcjonariusza i wykonywania prawa głosu z
akcji spółki posiadanych przez Akcjonariusza na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Mercator
Medical S.A. z siedzibą w Krakowie zwołanym na dzień 3 czerwca 2020 roku.**

Pełnomocnik uprawniony jest do:

.....

.....

Podpis akcjonariusza lub osób reprezentujących Akcjonariusza:

.....

