

....., dnia .....r.

## 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 Nadzwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Mercator  
Medical S.A. z siedzibą w Krakowie zwołanym na dzień 28 października 2020 roku.**

Pełnomocnik uprawniony jest do: .....

.....

.....

Podpis akcjonariusza lub osób reprezentujących Akcjonariusza:

.....

.....

