

PEŁNOMOCNICTWO

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 20 stycznia 2023 roku.**

Ograniczenia:

.....

Data i miejsce wystawienia:

Podpis akcjonariusza lub osób reprezentujących Akcjonariusza:

.....

