

## 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.