

WZÓR PEŁNOMOCNICTWA

(miejsowość, data)

PEŁNOMOCNICTWO

Nazwa akcjonariusza / Imię i nazwisko akcjonariusza*:

Adres akcjonariusza:

Numer KRS / NIP / Inny numer rejestrowy akcjonariusza *:

Numer PESEL akcjonariusza*:

Adres e-mail kontaktowy:

Numer telefonu kontaktowego:

(„Akcjonariusz”)

Akcjonariusz udziela:

(dane pełnomocnika, w szczególności imię i nazwisko / nazwa, numer PESEL / inny numer identyfikujący / adres do doręczeń, numer dokumentu tożsamości)

pełnomocnictwa do reprezentowania Akcjonariusza poprzez uczestniczenie oraz wykonywanie prawa głosu z posiadanych przez Akcjonariusza _____ (podać liczbę) akcji Nestmedic S.A. z siedzibą w Warszawie (KRS nr: 0000665017), z których przysługiwało Akcjonariuszowi prawo uczestnictwa w Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu w dniu rejestracji uczestnictwa na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Nestmedic S.A. zwołanym na dzień 30 czerwca 2026 roku („**Walne Zgromadzenie**”).

Pełnomocnik jest umocowany w szczególności do udziału na Walnym Zgromadzeniu, składania wniosków na Walnym Zgromadzeniu, podpisania listy obecności oraz do głosowania w imieniu Akcjonariusza z posiadanych akcji Nestmedic S.A. zgodnie z załączonym formularzem / według uznania pełnomocnika*.

Pełnomocnik ma prawo do dokonywania wszelkich innych czynności faktycznych i prawnych niezbędnych do wykonania pełnomocnictwa.

Pełnomocnik jest umocowany do reprezentacji Akcjonariusza również w przypadku ogłoszenia przerwy w obradach.

Pełnomocnictwo wygasa z dniem _____.

Pełnomocnik jest umocowany / nie jest umocowany* do udzielania dalszego pełnomocnictwa.

.....
(podpis Akcjonariusza lub jego reprezentanta)

* niepotrzebne skreślić.