

WZÓR PEŁNOMOCNICTWA

---

(miejscowość, 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) na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Akcjonariuszy NESTMEDIC S.A. zwołanym na dzień 30 czerwca 2025 roku.

Akcjonariusz umocowuje pełnomocnika do samodzielnego działania oraz reprezentowania Akcjonariusza z prawem do wykonywania prawa głosu z posiadanych przez Akcjonariusza opisanych wyżej akcji zapisanych na rachunku papierów wartościowych / rachunku zbiorczym Akcjonariusza 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.

Pełnomocnik ma prawo do reprezentacji innych akcjonariuszy podczas walnego zgromadzenia na podstawie odrębnych pełnomocnictw.

Pełnomocnik jest upoważniony / nie jest upoważniony\* do udzielania dalszego pełnomocnictwa.

Załącznikiem do pełnomocnictwa jest formularz głosowania przez pełnomocnika\*

Pełnomocnictwo jest ważne do dnia \_\_\_\_\_.

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

\* niepotrzebne skreślić.