

.....  
[miejscowość, data]  
**Telemedycyna Polska S.A.**  
**Al. Wojciecha Korfanteo 141**  
**40-154 Katowice**

**Mocodawca:**.....  
.....

*[wskazanie imienia i nazwiska lub firmy, adresu, serii i numeru dowodu osobistego lub paszportu (w przypadku Mocodawcy będącego osobą fizyczną) / numeru KRS lub danych rejestrowych podmiotu zagranicznego (w przypadku Mocodawcy będącego podmiotem innym niż osoba fizyczna), numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej]*

**Pełnomocnik:**.....  
.....

*[wskazanie imienia i nazwiska lub firmy, adresu, serii i numeru dowodu osobistego lub paszportu (w przypadku Pełnomocnika będącego osobą fizyczną) / numeru KRS lub danych rejestrowych podmiotu zagranicznego (w przypadku Pełnomocnika będącego podmiotem innym niż osoba fizyczna), numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej]*

**Pełnomocnictwo**  
**do reprezentacji na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Telemedycyna Polska S.A. z siedzibą w Katowicach**

Mocodawca, tj. ....[imię i nazwisko lub firma]  
niniejszym udziela Pełnomocnikowi, tj. [imię i nazwisko lub firma] pełnomocnictwa do reprezentowania Mocodawcy jako akcjonariusza Telemedycyna Polska S.A. z siedzibą w Katowicach („Spółka”) na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki zwołanym na dzień **30 czerwca 2025 r.**

Niniejsze Pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w imieniu Mocodawcy na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki wszystkich uprawnień przysługujących Mocodawcy z .....[wskazanie liczby] akcji Spółki, w tym w szczególności do uczestniczenia w Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu oraz wykonywania prawa głosu z tych akcji.

Pełnomocnik *upoważniony jest/nie jest upoważniony*<sup>1</sup> do ustanawiania dalszych pełnomocników.

Podpis Mocodawcy (osób reprezentujących) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić