

# PEŁNOMOCNICTWO

do reprezentacji na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Ryvu Therapeutics S.A. z siedzibą w Krakowie.

## I. DANE AKCJONARIUSZA

Nazwa:	
Adres:	
Sąd Rejestrowy oraz Wydział:	
Nr KRS:	
Kapitał:	
Dane Rejestrowe Podmiotu Zagranicznego:	
Telefon:	
Email:	

## II. DANE PEŁNOMOCNIKA

Imię:	
Nazwisko:	
Seria i nr dowodu osobistego/paszportu:	
PESEL:	
Telefon:	
Adres e-mail:	

Niniejszym udzielam wskazanemu powyżej Pełnomocnikowi tj. \_\_\_\_\_ pełnomocnictwa do reprezentowania mnie - Akcjonariusza na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Ryvu Therapeutics S.A. z siedzibą w Krakowie zwołanym na dzień 31 sierpnia 2020 r.

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w moim imieniu wszystkich uprawnień przysługujących mi z \_\_\_\_\_ akcji Ryvu Therapeutics S.A. zgodnie z imiennym zaświadczeniem o prawie uczestnictwa w Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Ryvu Therapeutics S.A. wystawionym przez:

\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_.

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

Znając konsekwencje karne składania fałszywych oświadczeń potwierdzam/potwierdzamy, że powyższe informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Uwagi dodatkowe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Miejsce i data wystawienia \_\_\_\_\_

Podpis Akcjonariusza \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić