

WZÓR PEŁNOMOCNICTWA UDZIELANEGO PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ

Ja niżej podpisany/-a (zwany /-a dalej „Akcjonariuszem”)

Dane Akcjonariusza:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

Nr dowodu osobistego (paszportu):

Adres e-mail:

Uprawniony/-a do udziału w zwołanym na dzień 29.06.2012r. Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Apolonia Medical Spółki Akcyjnej z siedzibą w Wojnowie,

udzielam niniejszym pełnomocnictwa i upoważniam niżej wskazanego

Dane pełnomocnika:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

Nr dowodu osobistego (paszportu):

Adres e-mail:

do reprezentowania Akcjonariusza, uczestniczenia w jego imieniu i na rzecz Akcjonariusza oraz wykonywania prawa głosu na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Apolonia Medical Spółki Akcyjnej z siedzibą w Wojnowie zwołanym na dzień 29.06.2012r., zgodnie z ogłoszonym porządkiem obrad.

Na mocy niniejszego pełnomocnictwa, Pełnomocnik upoważniony jest do wykonywania w imieniu Akcjonariusza wszystkich uprawnień przysługujących Akcjonariuszowi na Walnym Zgromadzeniu z akcji Apolonia Medical S.A. w liczbie.....(słownie:.....) dających prawa głosu w liczbie(słownie:).

Dodatkowe informacje, kaluzule, wyłączenia, szczególne uprawnienia Pełnomocnika, w szczególności informacja, czy pełnomocnikowi przysługuje prawo udzielania dalszych pełnomocnictw:

.....

.....

Data i podpis Akcjonariusza

.....