

Bioceltix

FORMULARZ PEŁNOMOCNICTWA UDZIELANEGO PRZEZ AKCJONARIUSZA BĘDĄCEGO OSOBĄ PRAWNĄ LUB SPÓŁKĄ OSOBOWĄ

PEŁNOMOCNICTWO
do reprezentacji na
ZWYCZAJNYM WALNYM ZGROMADZENIU
Bioceltix S.A. z siedzibą we Wrocławiu

I. DANE AKCJONARIUSZA:

Nazwa / Firma	
Numer w rejestrze (np. KRS)	
Nazwa organu rejestrowego	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres e-mail	
Numer telefonu	

II. DANE PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko / Nazwa (firma)	
Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu/ Numer w rejestrze (np. KRS)	
Nazwa organu wydającego dowód tożsamości oraz data jego wydania / Nazwa organu rejestrowego	
PESEL/ NIP	
Adres zamieszkania/ Adres siedziby	
Adres e-mail	
Numer telefonu	

Działając w imieniu Akcjonariusza udzielam/y wskazanemu powyżej Pełnomocnikowi pełnomocnictwa do reprezentowania Akcjonariusza na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Bioceltix S.A. z siedzibą we Wrocławiu („Spółka”) zwołanym na dzień 26 czerwca 2024 r.

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w imieniu Akcjonariusza wszystkich uprawnień przysługujących Akcjonariuszowi z akcji Spółki w liczbie _____ zgodnie z imiennym zaświadczeniem o prawie uczestnictwa w Walnym Zgromadzeniu Spółki nr _____ wystawionym przez: _____ .

BIOCELTIX S.A.

Adres: ul. Bierutowska 57-59, bud. III, 51-317 Wrocław

tel.: +48 71 880 87 71, faks: +48 71 734 55 09

e-mail: office@bioceltix.com

KRS: 0000744521, NIP: 899-27-94-360, REGON: 364963245

Bioceltix

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

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

Uwagi dodatkowe:

Miejsce wystawienia

Data wystawiania

Podpis Akcjonariusza

¹ Niepotrzebne skreślić.

BIOCELTIX S.A.

Adres: ul. Bierutowska 57-59, bud. III, 51-317 Wrocław
tel.: +48 71 880 87 71, faks: +48 71 734 55 09
e-mail: office@bioceltix.com
KRS: 0000744521, NIP: 899-27-94-360, REGON: 364963245

Bioceltix

FORMULARZ PEŁNOMOCNICTWA UDZIELANEGO PRZEZ AKCJONARIUSZA BĘDĄCEGO OSOBĄ FIZYCZNĄ

PEŁNOMOCNICTWO

do reprezentacji na
ZWYCZAJNYM WALNYM ZGROMADZENIU
Bioceltix S.A. z siedzibą we Wrocławiu

I. DANE AKCJONARIUSZA:

Imię i nazwisko	
Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu	
Nazwa organu wydającego dowód tożsamości oraz data jego wydania	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Numer telefonu	

II. DANE PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko / Nazwa (firma)	
Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu/ Numer w rejestrze (np. KRS)	
Nazwa organu wydającego dowód tożsamości oraz data jego wydania / Nazwa organu rejestrowego	
PESEL/ NIP	
Adres zamieszkania/ Adres siedziby	
Adres e-mail	
Numer telefonu	

Niniejszym udzielam wskazanemu powyżej Pełnomocnikowi pełnomocnictwa do reprezentowania mnie na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Bioceltix S.A. z siedzibą we Wrocławiu („Spółka”) zwołanym na dzień 26 czerwca 2024 r.

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w moim imieniu wszystkich uprawnień przysługujących mi z akcji Spółki w liczbie _____ zgodnie z imiennym zaświadczeniem o prawie uczestnictwa w Walnym Zgromadzeniu Spółki nr _____ wystawionym przez: _____.

BIOCELTIX S.A.

Adres: ul. Bierutowska 57-59, bud. III, 51-317 Wrocław

tel.: +48 71 880 87 71, faks: +48 71 734 55 09

e-mail: office@bioceltix.com

KRS: 0000744521, NIP: 899-27-94-360, REGON: 364963245

Bioceltix

Pełnomocnik *upoważniony jest / nie jest upoważniony*² do ustanawiania dalszych pełnomocników.

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

Uwagi dodatkowe:

Miejsce wystawienia _____

Data wystawiania _____

Podpis Akcjonariusza _____

² Niepotrzebne skreślić.

BIOCELTIX S.A.

Adres: ul. Bierutowska 57-59, bud. III, 51-317 Wrocław
tel.: +48 71 880 87 71, faks: +48 71 734 55 09
e-mail: office@bioceltix.com
KRS: 0000744521, NIP: 899-27-94-360, REGON: 364963245