

**PEŁNOMOCNICTWO**  
**DO REPREZENTACJI AKCJONARIUSZA PRZEZ PEŁNOMOCNIKA**  
**NA ZWYCZAJNYM WALNYM ZGROMADZENIU AKCJONARIUSZY PHARMENA SA Z SIEDZIBĄ W ŁODZI**  
**W DNIU 25 CZERWCA 2019 R.**

**I. DANE AKCJONARIUSZA (INNY PODMIOT NIŻ OSOBA FIZYCZNA)**

Nazwa:	
Adres:	
Sąd Rejestrowy i Wydział:	
Nr KRS:	
Kapitał:	
Dane rejestrowe podmiotu zagranicznego:	
Adres e-mail:	
Tel:	

**II. DANE PEŁNOMOCNIKA**

Imię:	
Nazwisko:	
Seria i numer dowodu osobistego/paszportu/innego dokumentu poświadczającego tożsamość:	
Adres e-mail:	
Tel:	

Działając w imieniu Akcjonariusza udzielam wskazanemu powyżej Pełnomocnikowi pełnomocnictwa do reprezentowania Akcjonariusza na Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu PHARMENA Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi zwołanym na dzień 25 czerwca 2019 r.

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do wykonywania w imieniu Akcjonariusza wszystkich uprawnień przysługujących Akcjonariuszowi z akcji PHARMENA Spółka Akcyjna w liczbie ..... zgodnie z imiennym zaświadczeniem o prawie uczestnictwa w Walnym Zgromadzeniu Spółki wystawionym przez .....  
(nazwa podmiotu prowadzącego rachunek papierów wartościowych Akcjonariusza)

nr.....

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

Znając konsekwencje karne składania fałszywych oświadczeń *potwierdzam/potwierdzamy*<sup>1</sup>, że powyższe informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Uwagi dodatkowe:

.....  
.....

Miejsce wystawienia: .....

Data wystawienia: .....

Podpisy osoby/osób działających w imieniu Akcjonariusza:

.....

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

**ZASTRZEŻENIA:**

Niniejszy formularz nie służy do weryfikacji sposobu głosowania dokonywanego przez Pełnomocnika w imieniu Akcjonariusza. Możliwość skorzystania z niniejszego formularza jest prawem, a nie obowiązkiem akcjonariusza.