

.....
[miejsowość, 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 Nadzwyczajnym Walnym Zgromadzeniu Spółki zwołanym na dzień **11 lutego 2026 r.**

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

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

Podpis Mocodawcy (osób reprezentujących) _____

¹ Niepotrzebne skreślić