

**Oświadczenie o zamiarze uczestniczenia
w obradach Walnego Zgromadzenia
przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej**

Ja (My), niżej podpisany(i), będący akcjonariuszem/reprezentujący akcjonariusza* Spółki MEDICAL CONTINENCE CENTERS SPÓŁKA AKCYJNA z siedzibą w Warszawie (Spółka), oświadczam(y), że: w imieniu swoim/akcjonariusza* to jest:

.....
(dane akcjonariusza: imię i nazwisko/firma, adres/siedziba,)

.....
uprawnionego z _____ akcji zwykłych na okaziciela
(liczba)

MEDICAL CONTINENCE CENTERS SPÓŁKA AKCYJNA z siedzibą w Warszawie, niniejszym wyrażam(y) wolę udziału w Zwyczajnym Walnym Zgromadzeniu tej Spółki zwołanym na dzień 23.09.2021 roku przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej.

Oświadczam, iż będę uczestniczył w Walnym Zgromadzeniu w tej formie osobiście*.

Oświadczam, iż jestem uprawnionym pełnomocnikiem akcjonariusza i przedłożę Spółce stosowne pełnomocnictwo do reprezentacji akcjonariusza we właściwym terminie oraz, że będę uczestniczył w Walnym Zgromadzeniu w tej formie osobiście*.

Oświadczam, iż jestem uprawniony do reprezentacji akcjonariusza i przedłożę Spółce dokumenty poświadczające ten fakt we właściwym terminie oraz, że będę uczestniczył w Walnym Zgromadzeniu w tej formie osobiście.*

Oświadczam, że będę uczestniczył w Walnym Zgromadzeniu z liczbą akcji, jaka zostanie wskazana w liście akcjonariuszy uprawnionych do uczestnictwa w Walnym Zgromadzeniu Spółki, sporządzonym przez Spółkę zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych / wykazie akcjonariuszy uprawnionych do uczestnictwa w Walnym Zgromadzeniu Spółki sporządzonym przez podmiot prowadzący rejestr akcjonariuszy*

Akceptuję warunki i następstwa udziału w Walnym Zgromadzeniu przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej określone w Regulaminie udziału w Walnym Zgromadzeniu MEDICAL CONTINENCE CENTERS SPÓŁKA AKCYJNA z siedzibą w Warszawie przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej oraz wskazane w ogłoszeniu o zwołaniu Walnego Zgromadzenia.

Dane akcjonariusza/osób uprawnionych do reprezentowania akcjonariusza*:

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Nr dowodu osobistego/paszportu* _____

*Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

*niepotrzebne skreślić

Nr dowodu osobistego/paszportu* _____

Adres poczty elektronicznej do kontaktu i przesłania loginu i hasła: _____

Nr telefonu do kontaktu : _____

Podpis(y) akcjonariusza/osób uprawnionych do reprezentowania akcjonariusza*:

imię i nazwisko (funkcja)

imię i nazwisko (funkcja)

miejsowość i data

miejsowość i data

*niepotrzebne skreślić