

Widerruf Vollmacht an eine dritte Person Widerruf Vollmacht und Weisungen an die Stimmrechtsvertreter der Gesellschaft

Aktionärs- bzw. Eintrittskarten-Nummer: _____ Name / Firma: _____

Anzahl Aktien: _____ Vorname: _____

Telefon-Nummer:* _____ E-Mail-Adresse:* _____

* freiwillige Angaben

Zurück an:

MeVis Medical Solutions AG
c/o Link Market Services GmbH
Landshuter Allee 10
80637 München
Deutschland

E-Mail: mevis@linkmarketservices.eu
Telefax: +49 (0)89 889 690 633

Bitte eindeutig ankreuzen:

Ich/Wir widerrufe(n) hiermit die zur Hauptversammlung am 25. März 2025 erteilte **Vollmacht an die Stimmrechtsvertreter der Gesellschaft.**

Ich/Wir widerrufe(n) hiermit die zur Hauptversammlung am 25. März 2025 erteilte **Vollmacht an**

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

Ort Datum Unterschrift(en) bzw. Person des Erklärenden (lesbar)