

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΤΗΤΑΣ

**ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΟΧΩΝ
ΤΗΣ ΑΝΩΝΥΜΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΩΝΥΜΙΑ**

**"ΑΥΤΟΜΑΤΟΙ ΑΝΑΛΥΤΕΣ-ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ & ΙΔΙΩΤΙΚΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ MEDICON HELLAS ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ"**

ΤΗΣ 29^{ΗΣ} ΙΟΥΝΙΟΥ 2018

_____ / _____

Ο υπογράφων μέτοχος ή νόμιμος εκπρόσωπος¹ του μετόχου της εταιρίας με την επωνυμία "ΑΥΤΟΜΑΤΟΙ ΑΝΑΛΥΤΕΣ -ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ & ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ MEDICON HELLAS ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ" και το διακριτικό τίτλο "MEDICON HELLAS Α.Ε."

Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία	
Διεύθυνση / Έδρα	
Αριθμός Μεριδας Σ.Α.Τ. (Μερίδα Επενδυτή)	
Αριθμός Μετοχών	
Στοιχεία Επικοινωνίας	

ΑΝΑΚΛΗΣΗ

Ο/Η υπογράφων μέτοχος ή νόμιμος εκπρόσωπος της "Medicon Hellas Α.Ε.", με την παρούσα δηλώνω ότι ανακαλώ τον/τους αντιπρόσωπο/ους

α/α	Όνοματεπώνυμο	Πλήρη Διεύθυνση	Στοιχεία Ταυτότητας	Αριθμός Μετοχών ²
Παρακαλούμε σημειώστε στις επόμενες γραμμές τυχόν πρόσθετες οδηγίες: ³				

(Ημεροχρονολογία και τόπος)

(Υπογραφή – Όνοματεπώνυμο)

Παρακαλούμε αυτό το έντυπο Ανάκλησης Πληρεξουσιότητας υπογεγραμμένο να αποσταλεί στην Medicon Hellas Α.Ε στο fax 210/6612666 και το πρωτότυπο να κατατεθεί στην εταιρεία: MEDICON HELLAS Α.Ε. Μελίτων 5-7, Γέρακας Αττικής, Τ.Κ 15344, κ. Ανδρέα Σταμπούλη, τηλ. 210/6606129

¹ Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να επισυνάψετε στην παρούσα και τα έγγραφα που αποδεικνύουν την από εσάς νόμιμη εκπροσώπηση του μετόχου.