

ORDENTLICHE HAUPTVERSAMMLUNG AM 26. JUNI 2024
FORMULAR ZUM WIDERRUF DER VOLLMACHT

Person des Erklärenden

Nachname bzw. Firma*

Aktienanzahl*

Vorname*

Anmeldebestätigung Nr.*

Postleitzahl/Ort*

* Pflichtfelder (Bitte entnehmen Sie die Angaben der Eintrittskarte zur Hauptversammlung, die Ihnen nach ordnungsgemäßer Anmeldung zugesandt wird)

Widerruf Vollmacht

Ich/Wir _____ widerrufe(n) hiermit die von mir/uns
am _____ an

die von der PharmaSGP Holding SE benannten weisungsgebundenen Stimmrechtsvertreter, Frau Norma Laaziri, München, und Frau Cosima Neckenig, München,

Frau/Herrn _____
bevollmächtigter Dritter

wohnhaft in _____
Postleitzahl/Wohnort

erteilte Vollmacht, mich/uns in der auf den 26. Juni 2024 einberufenen ordentlichen Hauptversammlung der PharmaSGP Holding SE zu vertreten und meine/unsere Aktionärsrechte, insbesondere mein/unsere Stimmrecht, für mich/uns auszuüben.

Ort, Datum

Unterschrift(en)/Person des Erklärenden