

**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