

Widerruf der Vollmacht

Person des/der Erklärenden

Nachname bzw. Firma*

Aktienanzahl*

Vorname*

□ □ □ □ □ □
Eintrittskarten-Nr.*

PLZ / Ort*

*Pflichtfelder (Angaben entnehmen Sie bitte der Eintrittskarte zur Versammlung). Bitte **l e s e r l i c h** in Druckbuchstaben ausfüllen.

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

die benannten Stimmrechtsvertreter der Kliniken Bad Bocklet AG

oder

Frau/Herrn bzw. Firma _____
Name, Vorname bzw. Firma / Bevollmächtigte(r) Dritte(r)**

ansässig in _____
Ort**

erteilte Vollmacht, mich/uns in der für den 20. Juli 2023 einberufenen Hauptversammlung der Kliniken Bad Bocklet AG zu vertreten und das Stimmrecht für mich/uns auszuüben.

Unterschrift(en) oder anderer Abschluss der Erklärung

Bitte **l e s e r l i c h in Druckbuchstaben ausfüllen.

Datenschutz

Einzelheiten zum Umgang mit personenbezogenen Daten und zu den Rechten nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entnehmen Sie bitte der Internetseite <http://kbb.de/Hauptversammlung/> bzw. der Einladung zur Hauptversammlung im Bundesanzeiger.

Es wird darum gebeten, den Widerruf der Vollmacht spätestens bis zum 19. Juli 2023, 18:00 Uhr (MESZ) zu übermitteln an:

Kliniken Bad Bocklet AG
c/o Computershare Operations Center
80249 München
E-Mail: anmeldestelle@computershare.de