



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

Aktionärsnummer: _____ **Name / Firma:** _____

Anzahl Aktien: _____ **Vorname:** _____

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

* freiwillige Angaben

Bis spätestens 5. August 2020, 24:00 Uhr (MESZ), zurück (Eingang) an:

MK-Kliniken AG
c/o Better Orange IR & HV AG
Haidelweg 48
81241 München
Deutschland

E-Mail: mk-kliniken@better-orange.de
Telefax: +49 (0)89 889 690 633

Bitte eindeutig ankreuzen:

Ich/Wir widerrufe(n) hiermit die zur Hauptversammlung am 6. August 2020 erteilte Vollmacht an die Stimmrechtsvertreter der Gesellschaft.

Ich/Wir widerrufe(n) hiermit die zur Hauptversammlung am 6. August 2020 erteilte Vollmacht an

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

und weise(n) den bisher Bevollmächtigten darauf hin, dass dieser die von mir/uns weitergegebenen individuellen Zugangsdaten zum passwortgeschützten Internetservice **nicht verwenden darf**.

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