

\_\_\_\_\_  
*Pilnvaras izdošanas vieta un datums*

**PILNVARA**

\_\_\_\_\_  
*ja fiziska persona - vārds, uzvārds, personas kods (ja personai nav personas koda, — dzimšanas datums, personu apliecinoša dokumenta numurs un izdošanas datums, valsts un institūcija, kas dokumentu izdevusi);  
ja juridiska persona - nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, pārstāvis, pārstāvības pamatojums*

kā pilnvaras devējs (turpmāk – **Pilnvaras devējs**) ar šo pilnvaro

\_\_\_\_\_  
*fizisku personu - vārds, uzvārds, personas kods (ja personai nav personas koda, — dzimšanas datums, personu apliecinoša dokumenta numurs un izdošanas datums, valsts un institūcija, kas dokumentu izdevusi)  
vai juridisku personu - nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, pārstāvis, pārstāvības pamatojums*

kā pilnvarnieku (turpmāk – **Pilnvarnieks**) pārstāvēt Pilnvaras devēja intereses  
**AS “Latvijas Jūras medicīnas centrs”** (reģistrācijas numurs: 40003306807,  
juridiskā adrese: Rīga, Patversmes iela 23, LV-1005) akcionāru sapulcē

**2024.gada 12.jūnijā**

*akcionāru sapulces norises gads, mēnesis un datums*

ar \_\_\_\_\_ Pilnvaras devējam piederošajām akcijām (balsīm).  
(visām vai norādot konkrētu akciju skaitu)

\_\_\_\_\_  
*Pilnvaras devēja paraksts\**

*\*Ja Pilnvaras devējs ir fiziska persona, jānorāda paraksts un paraksta atšifrējums. Ja Pilnvaras devējs ir juridiska persona, jānorāda pārstāvja amats, paraksts, paraksta atšifrējums, zīmoga nospiedums (ja tāds ir).*