
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

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).*