

## 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 18. Juli 2024 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 17. Juli 2024, 18:00 Uhr (MESZ) zu übermitteln an:

**Kliniken Bad Bocklet AG**  
c/o Computershare Operations Center  
80249 München  
E-Mail: [anmeldestelle@computershare.de](mailto:anmeldestelle@computershare.de)