## WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ZBYCIE AKCJI

### SPÓŁKI WOJSKOWE ZAKŁADY LOTNICZE NR 1 SA

skierowany do Zarządu Spółki Wojskowe Zakłady Lotnicze Nr 1 SA, z siedzibą w Łodzi (93-465) ul. Dubois 119, KRS: 0000295398 - emitenta akcji [Spółka].

# WNIOSKODAWCA:

Imię i Nazwisko/Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

PESEL/KRS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Adres/siedziba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(miejscowość, ulica nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, poczta, numer telefonu)

Dokument tożsamości: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, seria, numer, kod kraju (dot. paszportu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Wnioskodawca, występując jako właściciel poniżej wskazanych akcji serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spółki

**Liczba Akcji**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **numery**: od [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] do [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] [**Akcje**],

na podstawie § 151 Statutu Spółki wnosi o wyrażenie zgody przez Zarząd Spółki na zbycie Akcji na rzecz:

**NABYWCA**

Imię i Nazwisko/Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

PESEL/KRS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Adres/siedziba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(miejscowość, ulica nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, poczta)

Dokument tożsamości: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, seria, numer, kod kraju (dot. paszportu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

miejscowość data

|  |
| --- |
| *podpis Wnioskodawcy* *obejmujący imię i nazwisko* |