

**FORMULAR DE REVOCARE  
PENTRU OFERTA DE CUMPARARE A ACTIUNILOR EMISE DE  
FARMACEUTICA REMEDIA SA si intermediata de IFB FINWEST SA**

**Persoana fizica**

Numele \_\_\_\_\_ Prenumele \_\_\_\_\_  
Orice alte nume folosite (de ex. Pseudonim) \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_  
Seria si nr. Actului de identitate (CI/Pasaport) \_\_\_\_\_  
Data eliberarii \_\_\_\_\_ Entitatea \_\_\_\_\_  
Data nasterii \_\_\_\_\_ Locul nasterii \_\_\_\_\_ Tara de origine \_\_\_\_\_  
Cetatenia \_\_\_\_\_ Nationalitatea \_\_\_\_\_ Rezidenta \_\_\_\_\_

Domiciliul permanent: str. \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_ scara \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ oras \_\_\_\_\_ judet/sector \_\_\_\_\_  
Cod postal \_\_\_\_\_ tara \_\_\_\_\_

Domiciliul rezident (daca difera) str. \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_ scara \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ oras \_\_\_\_\_ judet/sector \_\_\_\_\_  
Cod postal \_\_\_\_\_ tara \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Denumirea si locul desfasurarii activitatii/ocupatia \_\_\_\_\_  
Functia publica detinuta (daca este cazul) \_\_\_\_\_  
Numele beneficiarului real (daca este cazul) \_\_\_\_\_

**Prin imputernicit (daca este cazul)**

Numele si prenumele reprezentantului \_\_\_\_\_  
posesor al BI/CI/pasaport Seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat in localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
bl. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, judet / sector \_\_\_\_\_ tara \_\_\_\_\_,  
telefon \_\_\_\_\_, cod postal \_\_\_\_\_, adresa e-mail \_\_\_\_\_,  
In baza procurii nr. \_\_\_\_\_,

**Persoana juridica**

Denumire companie \_\_\_\_\_  
Forma si structura juridica \_\_\_\_\_  
Certificat de inregistrare la Registrul Comertului (sau la autoritati echivalente)  
Nr. \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Cod unic de inregistrare \_\_\_\_\_  
Sediul social \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Pagina de internet \_\_\_\_\_  
Capital social subscris si varsat \_\_\_\_\_  
Structura actionariatului / asociatilor \_\_\_\_\_  
Numele/denumirea beneficiarului real \_\_\_\_\_

Reprezentata in mod legal prin:

Numele si prenumele reprezentantului \_\_\_\_\_  
posesor al BI/CI/pasaport Seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat in localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr.  
\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, judet / sector \_\_\_\_\_  
tara \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, cod postal \_\_\_\_\_, adresa e-mail \_\_\_\_\_,  
In calitate de \_\_\_\_\_, Conform \_\_\_\_\_  
(se vor preciza documentele care fac dovada calitatii de reprezentant (act constitutiv, decizie  
organ statutar - de ex. hotararea AGA, decizie CA, imputernicire, etc)

Prin semnarea acestui formular imi exercit dreptul de revocare a unui numar de  
\_\_\_\_\_actiuni emise de FARMACEUTICA REMEDIA SA, in termenii si conditiile  
prevazute in Documentul de oferta publica aprobat de ASF prin Decizia nr. ....

Subscrierea a fost efectuata prin Formularul de Subscriere nr. \_\_\_\_\_ din data de  
\_\_\_\_\_

**IFB FINWEST SA nu este responsabila pentru neregularitatile aparute in relatia mea  
cu intermediarul autorizat care mi-a preluat formularul de revocare daca  
neregularitatile sunt cauzate de nerespectarea de catre acesta din urma a conditiilor de  
derulare si a documentului de oferta publica aprobata de ASF.**

**AM LUAT LA CUNOSTINTA CONTINUTUL DOCUMENTULUI DE OFERTA  
PUBLICA, AM INTELES SI ACCEPTAT CONDITIILE ACESTUIA**

**Semnatura subscriitorului  
(si stampila pentru persoane juridice)**

**Semnatura si stampila intermediarului**