

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ АКЦИЙ
Публичного акционерного общества «Аптечная сеть 36,6»
 (далее также Общество, Эмитент)

В ПОРЯДКЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПРАВА
 государственный регистрационный номер дополнительного выпуска 1-01-07335-А-004D от 31.12.2014

Лицо, осуществляющее преимущественное право (далее также – Заявитель), несет ответственность за достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении (далее – Заявление), и их соответствие сведениям в реестре акционеров эмитента.

РАЗДЕЛ I (ОБЯЗАТЕЛЕН ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

1. Фамилия, имя, отчество:		
2. Место жительства:		
3. Дата и место рождения:		
4. Паспортные данные:	4.1. Серия и номер паспорта:	
	4.2. Дата выдачи паспорта, орган, выдавший паспорт:	
5. Количество приобретаемых акций:	5.1. Цифрами	
(Количество приобретаемых акций не должно превышать максимальное количество дополнительных акций, которое может приобрести лицо в ходе осуществления им преимущественного права приобретения дополнительных акций Эмитента.)		5.2. Прописью
<p>ВНИМАНИЕ: Закон допускает приобретение Вами дробных акций в процессе реализации преимущественного права, однако, дробная акция, как правило, существенным образом не влияет на количество принадлежащих Вам голосов на общем собрании акционеров, существенным образом не увеличивает сумму причитающихся Вам дивидендов (если дивиденды подлежат выплате акционерам), однако, отчуждение дробной акции может потребовать от Вас дополнительных затрат или усилий, обычно не соизмеримых с преимуществами от владения дробной акцией. В связи с этим приобретение целого количества акций может быть для Вас более предпочтительным.</p>		

РАЗДЕЛ II (НЕ ОБЯЗАТЕЛЕН ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

6. Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) (при наличии):		
7. Полный почтовый адрес:		
8. Контактный телефон (домашний, мобильный):		
9. Номер факса, адрес электронной почты:		
10. Предпочтительный способ уведомления о результатах рассмотрения Заявления:		
	<input type="checkbox"/> простым письмом по почте	<input type="checkbox"/> на адрес электронной почты
11. Сведения о предполагаемой форме оплаты приобретаемых акций	денежные средства	
	неденежные средства (наименование и ОГРН общества, номинальная стоимость доли в УК, передаваемая в оплату)	
12. Банковские реквизиты счета, на который будет осуществляться перевод денежных средств, в случае необходимости возврата денежных средств	Владелец счета:	
	Номер расчетного счета:	
	Полное наименование кредитной организации:	
	Сокращенное наименование кредитной организации:	
	Место нахождения:	
	ИНН/КПП:	
	БИК:	
	К/с:	
13. Номер лицевого счета Заявителя в реестре владельцев именных ценных бумаг Эмитента для перевода на него приобретаемых Акций		

К настоящему Заявлению прилагаются следующие документы:

_____ /Приложение № ___/

Подпись лица*, имеющего преимущественное право приобретения акций (уполномоченного им лица):

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Доверенность от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____

Дата подписания Заявления « _____ » _____ 20 _____ г.

Ф.И.О./ Полное фирменное наименование лица, подписавшего настоящее Заявление: _____

Действует на основании (название и реквизиты уполномочивающего документа) _____

для физических лиц:

Документ, удостоверяющий личность: _____

Серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

Дата, год и место рождения _____

Место жительства _____

для юридических лиц:

Свидетельство о государственной регистрации юридического лица: номер: _____, дата _____,

орган, осуществивший регистрацию: _____

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ (указывается при наличии):

ОГРН _____ дата внесения записи _____

Кем выдано: _____

Доверенность от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____

Подпись лица*, имеющего преимущественное право приобретения акций (уполномоченного им лица):

(подпись)

(Ф.И.О.)

Доверенность от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____

Дата подписания Заявления « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Заявление должно быть подписано лицом, имеющим преимущественное право приобретения (уполномоченным им лицом, с приложением оригинала или удостоверенной нотариальной копии надлежащим образом оформленной доверенности).

Уважаемый Акционер!

1. Пожалуйста, убедитесь, что Вы заполнили все рекомендуемые поля формы Заявления, включая Ваши банковские реквизиты и контактные данные (телефон, сотовый телефон, адрес электронной почты) – это позволит избежать затруднений при рассмотрении Вашего Заявления.

2. Пожалуйста, подпишите каждый лист Заявления и укажите дату подписания.

Благодарим Вас!

Получено в ПАО "Аптечная сеть 36,6"

" " _____ 20 ____ г.

/