

Obrazac 11.
OBRAZAC ZA GLASOVANJE

Ime i prezime / tvrtka ili naziv dužnika: **POLIKLINIKA KALIPER d.o.o.**

OIB dužnika: 25999144591

Adresa / sjedište dužnika: Zagreb (Grad Zagreb), Ulica Antuna Nemčića 7

Datum objave plana restrukturiranja za koji se glasuje: **16.09.2025.**

Ime i prezime / tvrtka ili naziv vjerovnika: **GRENKE Hrvatska d.o.o.**

OIB vjerovnika: 44115087893

Adresa / sjedište vjerovnika: Zagreb (Grad Zagreb), Avenija Većeslava Holjevca 40

Glasam (zaokružiti)

☒ **ZA** / PROTIV

Ime i prezime, svojstvo potpisnika (čitko popuniti štampanim slovima)

Punomoćnik Tomislav Bulić, odvjetnik u STEFANOVIĆ, KRVAVICA, BULIĆ I
PLETIKOSA ODVJETNIČKO DRUŠTVO d.o.o.

Datum i mjesto

22.09.2025., Zagreb

Potpis vjerovnika

NAPOMENA: Ako je vjerovnik pravna osoba, uz obrazac se dostavlja dokaza da je obrazac potpisala ovlaštena osoba (članak 58. stavak 1. Stečajnog zakona).