

**S.S.I.F.:** \_\_\_\_\_  
**Adresa:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Fax:** \_\_\_\_\_  
**C.U.I. (Cod Fiscal):** \_\_\_\_\_  
**Autorizația ASF/CNVM nr.:** \_\_\_\_\_

Catre: SSIF ESTINVEST S.A. Focsani  
Fax: 0237237471  
Tel: 0237238900  
e-mail: contact@estinvest.ro

**Declarație de acceptare  
a Condițiilor de Derulare a Ofertei Publice de Cumpărare a acțiunilor  
DR. FISCHER DENTAL S.A. intermediată de S.S.I.F. ESTINVEST S.A.  
("Ofertei Publice de Cumpărare")**

Subsemnatul \_\_\_\_\_, reprezentant autorizat al intermediarului autorizat de A.S.F./C.N.V.M. prin decizia nr.: \_\_\_\_\_, participant la Oferta Publică de Cumpărare, declarăm că am luat la cunoștință Condițiile de Derulare a Ofertei Publice de Cumpărare a acțiunilor emise de **Dr. Fischer Dental S.A.** precum și prevederile înscrise în Documentul de Ofertă aprobat prin Decizia A.S.F. nr. 1034/23.10.2025 și suntem de acord cu aplicarea acestora. Ne vom conforma întocmai tuturor prevederilor acestora, cu asumarea completă și exclusivă a responsabilităților ce ne revin.

Reprezentant autorizat:

Nume și Prenume \_\_\_\_\_

Funcție: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Stampilă: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_