

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att företräda och rösta för samtliga mina/våra aktier i MedCap AB (publ), org. nr 556617-1459, vid MedCaps årsstämma måndagen den 6 maj 2024.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer/födelsedatum
Postadress	
Postnummer och postort	Telefonnummer

Aktieägares underskrift

Aktieägares namn	Personnummer/födelsedatum eller organisationsnummer
Ort och datum	Telefonnummer
Namnteckning	Namnförtydligande

Observera att om aktieägaren är en juridisk person ska fullmakten vara undertecknad av behöriga firmatecknare för den juridiska personen. Vidare ska kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling biläggas fullmakten.

Denna fullmakt i original och eventuellt registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bör sändas till MedCap i god tid före årsstämman under adress MedCap AB, Engelbrektsgatan 9-11, 114 32 Stockholm.

Observera att anmälan om deltagande i årsstämman måste ske på det sätt som framgår av kallelsen, även om aktieägaren önskar närvara genom ombud. Ingivande av denna fullmakt gäller inte som anmälan till bolagsstämman.