

FULLMAKT

För
(Ombudets namn)
(Ombudets personnummer)

.....
(Ombudets utdelningsadress)
(Ombudets telefon dagtid)

.....
(Ombudets postnummer)
(Ombudets postadress)

att vid MedCap AB:s extra bolagsstämma torsdagen den 9 december 2021 företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i bolaget.

.....
(Ort)
(Datum)

.....
(Aktieägarens namn)

.....
(Underskrift)
(Namnförtydligande)

.....
(Aktieägarens person- eller organisationsnummer)
(Aktieägarens telefon dagtid)

Fullmakten bör i god tid före stämman skickas med post till MedCap AB (publ), c/o Abilia, Råsundavägen 6, 169 67 Solna eller med e-post till info@medcap.se.

Behörighetshandlingar i original ska kunna uppvisas vid stämman. Den som företräder juridisk person ska bifoga kopia av registreringsbevis som utvisar behörig firmatecknare.