

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 10 maj 2021.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer/födelsedatum
Postadress	
Postnummer och postort	Telefonnummer

Aktieägares underskrift

Aktieägares namn	Personnummer/födelsedatum eller organisationsnummer
Ort och datum	Telefonnummer
Namn-teckning	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 biläggas fullmakten.

Denna fullmakt i original och eventuellt registreringsbevis, tillsammans med formuläret för förhandsröstning, bör sändas till MedCap i god tid före årsstämman under adress MedCap AB, Sundbybergsvägen 1, 171 73 Solna.

Förhandsröstningsformuläret finns tillgängligt på MedCaps webbplats www.medcap.se

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.