

FULLMAKT

För
(Ombudets namn) (Ombudets personnummer)

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

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

att vid MedCap AB:s extra bolagsstämma måndagen den 14 december 2020 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, tillsammans med eventuellt formulär för poströstning, skickas med post till MedCap AB (publ), Sundbybergsvägen 1, 171 73 Solna eller med e-post till info@medcap.se. Poströstningsformuläret finns tillgängligt hos bolaget på ovan angivna adress och på bolagets webbplats, www.medcap.se.

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