

## Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägares rätt vid bolagsstämma i **MedicPen Aktiebolag (publ)**. Om inte annat anges nedan gäller fullmakten endast vid den extra bolagsstämman som hålls den 1 oktober 2019.

Fullmakten ska gälla till och med den  
(ange datum; högst fem år från  
fullmaktens utfärdande): \_\_\_\_\_

Fullmakten ska inte gälla för samtliga  
aktieägarens aktier utan för följande antal: \_\_\_\_\_

## Ombud

Namn:	Personnr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):

## Aktieägare

Namn:	Person- eller org. nr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):
Ort och datum:	
Underskrift av aktieägare eller, såvitt avser juridisk person, behörig firmatecknare:	
Namnförtydligande:	

Observera att om aktieägaren är en juridisk person ska behöriga firmatecknare underteckna fullmakten och behörighetshandlingar bifogas.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till adress MedicPen, Zinkgatan 2, 234 35 Lomma i god tid före bolagsstämman.