

## FULLMAKTSFORMULÄR

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Doktorse Nordic AB, org.nr 559058-0089, vid årsstämma som hålls genom poströstning onsdagen den 30 juni 2021.

### Ombud

Ombudets namn:	Personnummer:
Postadress:	E-post:
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:

### Aktieägare

Aktieägarens namn:	Person- eller organisationsnummer:
Postadress:	E-post:
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:
Datum och underskrift:	Namnförtydligande:

Fullmakten ska dateras och undertecknas för att vara giltig.

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

En kopia av fullmakten och eventuella behörighetshandlingar tillsammans med poströstningsformuläret ska skickas till Doktorse Nordic AB, att. Martin Sellman, Banérgatan 10, 115 23 Stockholm eller via e-post till [investerare@doktor.se](mailto:investerare@doktor.se) så att de är Doktorse Nordic AB tillhanda senast tisdagen den 29 juni 2021.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman. Formuläret för poströstning finns tillgängligt på bolagets hemsida [www.doktor.se/investerare](http://www.doktor.se/investerare), och hålls tillgängligt på bolagets kontor.