

FULLMAKTSFORMULÄR

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Doktorse Nordic AB, org.nr 559058-0089, vid extra bolagsstämma som hålls genom poströstning onsdagen den 20 oktober 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, Sveavägen 63, 113 59 Stockholm eller via e-post till investerare@doktor.se så att de är Doktorse Nordic AB tillhanda senast tisdagen den 19 oktober 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, och hålls tillgängligt på bolagets kontor.