

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i iApotek Int AB (publ), org nr 559048-9638, vid årsstämma den 26 juni 2024.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer/Födelsedatum
Utdelningsadress	
Postnummer och postadress	Telefonnummer

Underskrift av aktieägaren

Aktieägarens namn	Personnummer/Födelsedatum/Organisationsnummer
Ort och datum	Telefonnummer
Namnteckning*	

* Om fullmakten utfärdas av juridisk person ska namnförtydligande anges och gällande registreringsbevis eller motsvarande för den juridiska personen bifogas.

Observera att anmälan om aktieägares deltagande vid bolagsstämman måste ske – på det sätt som föreskrivs i kallelsen – även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör enligt kallelsen sändas till, iApotek Int AB (publ), Box 5855, 102 40 Stockholm. tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret inte skickas in.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman.