

## Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägares rätt vid bolagsstämma i **Aptahem AB**. Om inte annat anges nedan gäller fullmakten endast vid årsstämman 2018.

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 Fredersen Advokatbyrå, Turning Torso, 211 15 Malmö i god tid före årsstämman.