

Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägares rätt vid bolagsstämma i **Aptahem AB (publ)**. Om inte annat anges nedan gäller fullmakten endast vid årsstämman 2025.

☐ 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 Aptahem AB, Norra Vallgatan 58, 211 22 Malmö i god tid före årsstämman.