

Fullmactsformulär

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att under fullmaktens giltighetstid vid bolagsstämma i Kontigo Care AB (publ), org.nr. 556956-2795, rösta för samtliga mina aktier i bolaget samt att utöva och bevaka samtliga mina rättigheter såsom aktieägare.

Uppgifter om Ombud:

Ombudets namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	
Postnummer och postadress:	Telefonnummer dagtid:

Aktieägarens uppgifter och underskrift:

Aktieägarens namn	Personnummer/Organisationsnummer:
Telefonnummer dagtid:	
Ort och datum för fullmaktens utfärdande:	
Sista giltighetsdatum för fullmakten (OBS: Högst fem år från ovanstående datum):	
Aktieägarens namnteckning:	
Namnförtydligande (endast om aktieägaren är juridisk person):	

Vänligen observera:

- att aktieägaren måste anmäla sig i enlighet med vad som är angivet i kallelsen för att kunna representeras av ombud vid bolagsstämman;
- att till fullmakt utställd av juridisk person ska även fogas behörighetshandlingar i enlighet med vad som är angivet i kallelsen (registreringsbevis eller motsvarande) som styrker firmatecknarens behörighet;
- att fullmakten är giltig högst fem år från utfärdandet; samt
- att fullmakten måste vara undertecknad av aktieägaren och daterad.