

### Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägars rätt vid bolagsstämma i **AdderaCare AB (publ)**. Om inte annat anges nedan gäller fullmakten endast vid årsstämman 2022.

Fullmakten ska gälla till och med den  
(ange datum; högst fem år från  
fullmaktens utfärdande): \_\_\_\_\_

Fullmakten ska inte gälla för samtliga  
aktieägars aktier utan för följande antal: \_\_\_\_\_

### Ombud

Namn:	Personnr:
Postadress:	Telefonnummer:

### Aktieägare

Namn:	Person- eller org. nr:
Postadress:	Telefonnummer:
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 AdderaCare AB (publ) c/o Fredersen Advokatbyrå, Lästmakargatan 18, 111 44 Stockholm i god tid före årsstämman.