

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas Namn, personnummer, eller den han/hon sätter i sitt ställe, att i samband med årsstämman den **20 juni 2017** i Medirox AB (publ), 556552-4054, i alla avseenden företräda och utan inskränkning rösta för samtliga av Bolagets namn/mig ägda aktier.

Denna fullmakt upphör att gälla en (1) månad från dess utförande.

_____ den _____ 2017

Bolagets namn

Personens namn

Person-/Organisationsnummer:

Adress:

Uppllysning från MediRox AB:

Aktieägare som företräds genom ombud ska utfärda skriftlig och daterad fullmakt för ombudet. Om fullmakten utfärdats av juridisk person ska bestyrkt kopia av registreringsbevis, eller motsvarande behörighetshandling, utvisande att de personer som har undertecknat fullmakten är behöriga firmatecknare för den juridiska personen, bifogas fullmakten. Fullmaktens giltighetstid får anges till längst fem år från utfärdandet. En kopia av fullmakten samt eventuellt registreringsbevis bör i god tid före stämman insändas till bolaget på adress enligt ovan. Fullmakten i original samt registreringsbevis ska även uppvisas på årsstämman. Fullmaktsformulär kommer finnas tillgängligt via bolagets hemsida, www.medirox.se, samt skickas utan kostnad till de aktieägare som begär det och uppger sin postadress.