

## FULLMAKTSFORMULÄR

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Meds Apotek AB, org.nr 559093-4575, vid årsstämma den 21 maj 2026.

### Ombud

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

### Aktieägare

Aktieägarens namn:	Person- eller organisationsnummer:
Utdelningsadress:	
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:
Datum och underskrift:	Namnförtydligande:

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman.

En kopia av fullmakten samt eventuellt registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandlingar bör i god tid före stämman sändas till bolaget på adress Meds Apotek AB, Drivhjulsvägen 42, 126 30 Hägersten eller via e-post till [ir@meds.se](mailto:ir@meds.se).