FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att vid bolagsstämma med aktieägarna i New Nordic Healthbrands AB (publ), 556698-0453, företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i bolaget.

OMBUD

Ombudets namn:	Ombudets pers.nr:
Ombudets adress:	
Ombudets telefonnummer (dagtid):	Ombudets e-post:

AKTIEÄGARENS UNDERSKRIFT

Aktieägarens namn:	Aktieägarens pers.nr eller org.nr:
Aktieägarens telefonnummer (dagtid):	Aktieägarens e-post:
Ort och datum:	
Aktieägarens namnteckning:	
Aktieägarens namnförtydligande:	

Fullmakten är giltig längst:

☐ t.o.m. årsstämman den 29 april 2025 ☐ 1 år ☐ 5 år från och med utfärdandet

Till fullmakt utställd av juridisk person ska bifogas behörighetshandlingar (registreringsbevis eller motsvarande som styrker firmatecknares behörighet). Fullmaktens giltighet får anges till längst fem år från utfärdandet samt måste vara daterad och undertecknad för att vara giltig.

Om aktieägaren är en juridisk person ska behöriga firmatecknare underteckna fullmakten och aktuellt registreringsbevis eller motsvarande biläggas fullmakten.

Fullmakten i original samt eventuellt registreringsbevis eller andra motsvarande handlingar bör i god tid före årsstämman insändas till New Nordic Healthbrands AB (publ), Att: ”Årsstämma”, Hyllie Boulevard 34, 215 32 Malmö.

För information om hur dina personuppgifter behandlas vid stämman hänvisas till den integritetspolicy som finns tillgänglig på Euroclear Sweden AB:s hemsida
https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/ES_PUA_Privacy_notice_bolagsstammor.pdf.