FULLMAKT - Årsstämma den 16 maj 2024

Fullmaktsgivare

Namn/Firma: .………………………………………………………………………………………

Adress: ………………………………………………………………………………………………

Postnummer och ort: ………………………………………………………………………………

Telefonnummer:……………………………………………………………………………………

Personnummer/Organisationsnummer: ………………………………………………………

Fullmaktstagare

Namn/Firma: .……………………………………………………………………………………………

Adress: ……….……………………………………………………………………………………………

Postnummer och ort: ……………………………………………………………………………………

Telefonnummer: .…………………………………………………………………………………………

Personnummer/Organisationsnummer: ………………………………………………………………

Fullmakten avser

Undertecknad fullmaktsgivare ger härmed fullmaktstagaren behörighet att i mitt personnamn eller firmanamnföreträda mig och rösta för samtliga mina aktier i bolaget vid Nicoccino Holding ABs (publ), organisationsnummer 556942-1604, årsstämma den 16 maj 2024.

Antal aktier: ………..….…….…… st

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort:……………………………………………..

Datum:………………………………………..

Underskrift: …………………………………………………………………….

Namnförtydligande: …………………………………………………………………….