

*N.B The English text is an unofficial translation and in case of any discrepancies between the Swedish text and the English translation, the Swedish text shall prevail.*

## FULLMAKTSFORMULÄR / POWER OF ATTORNEY FORM

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Karo Healthcare AB, org.nr 556309-3359, vid årsstämma i Karo Healthcare AB den 5 maj 2023.

*The attorney named below, or the one he or she may appoint, is hereby authorised to vote for all the undersigned's shares in Karo Healthcare AB, reg. no 556309-3359, at the annual general meeting in Karo Healthcare AB on 5 May 2023.*

### Ombud / Attorney

Ombudets namn / <i>Name of attorney</i>	Personnummer/organisationsnummer / <i>Personal identification number/company registration number</i>
Utdelningsadress / <i>Delivery address</i>	
Postnummer och postadress / <i>Postal code and city</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>

### Underskrift av aktieägaren / *Signature of the shareholder*

Aktieägarens namn / <i>Name of the shareholder</i>	Personnummer/organisationsnummer / <i>Personal identification number/company registration number</i>
Ort och datum / <i>Place and date</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>
Namnteckning* / <i>Signature*</i>	

\* För de fall aktieägaren är en juridisk person skall fullmaktformuläret vara undertecknat av behöriga firmatecknare. Vidare ska aktuella behörighetshandlingar (t.ex. registreringsbevis eller liknande dokument) biläggas fullmakten.

\* *If the shareholder is a legal entity, this power of attorney shall be signed by persons authorised to represent the legal entity. Furthermore, documents evidencing proof of authority (e.g. certificate of registration or a similar document) shall be attached to the power of attorney.*

Observera att anmälan om aktieägares deltagande vid bolagsstämman måste ske – på det sätt som föreskrivs i kallelsen – även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud.

*Please note that the notification of participation at the general meeting must be done – in the manner prescribed in the notice – even if the shareholder wishes to exercise his or her voting right through an attorney.*

Det ifyllda fullmaktformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till Karo Healthcare AB, att: Richard Edström, Box 16184, 103 24, Stockholm, tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktformuläret naturligtvis inte skickas in.

*The completed attorney form (with any attachments) should be sent to Karo Healthcare AB, att: Richard Edström, Box 16184, 103 24, Stockholm, Sweden, together with the notification of participation. Needless to say, if the shareholder does not wish to exercise his or her voting right through an attorney, the attorney form does not have to be submitted.*

#### Behandling av personuppgifter

För information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till den integritetspolicy som finns tillgänglig på Euroclears webbplats, <https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammorsvenska.pdf>.

*For information on how your personal information is processed, please read the privacy policy available on the website of Euroclear Sweden, <https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Intigitetpolicy-bolagsstammorsvenska.pdf>.*