

# FULLMAKT

Fullmakten gäller för fullmaktsgivarens samtliga aktier vid årsstämma 2017 i Avanza Bank Holding AB (publ) om inte annat anges.

## FULLMAKTSGIVARE

Namn/firma:		Pers.nr/org.nr:	
Adress:		Telefonnr:	

## OMBUD

Namn:		Pers.nr:	
Adress:		Telefonnr:	

Härmed befullmäktigas ovanstående ombud att vid Avanza Bank Holdings AB:s (publ) bolagsstämma företräda och rösta för [vårt/mitt] aktieinnehav.

Fullmaktsgivarens/Firmatecknarens underskrift och namnförtydligande:	Ort och datum:
--	----------------

Underskrift vid fler än en firmatecknare.

Firmatecknarens underskrift och namnförtydligande:	Ort och datum:
--	----------------

### Fullmakten skickas till:

Avanza Bank Holding AB (publ)  
Att.Bolagsjuridik  
Box 1399  
111 93 STOCKHOLM