

FULLMAKT

Fullmakten gäller för fullmaktsgivarens samtliga aktier vid extra bolagsstämma 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