

Hinweise zur Nutzung des Vollmachtsformulars

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Option an und senden Sie das vollständig ausgefüllte Vollmachtsformular fristgemäß per Post an folgende Adresse

HCE Consult AG
Anmeldestelle MPH Health Care AG
Postfach 820335
81803 München

oder per E-Mail an anmeldestelle@hce-consult.de.

Vollmacht und Weisungen an die von der Gesellschaft benannten Stimmrechtsvertreter

Zur Ausübung des Stimmrechts bietet die Gesellschaft ihren Aktionärinnen und Aktionären die Möglichkeit, von der Gesellschaft benannte weisungsgebundene Stimmrechtsvertreter zu bevollmächtigen. Bitte füllen Sie dazu die erste Seite des Vollmachtsformulars aus und senden Sie dieses **bis spätestens Mittwoch, den 8. Juli 2026, 24:00 Uhr (MESZ)** (Zugang bei der Gesellschaft maßgeblich) an die obenstehende Post- oder E-Mail-Adresse. Die Stimmrechtsvertreter können nur insoweit abstimmen, als ihnen ausdrückliche Weisungen für die Ausübung des Stimmrechts erteilt werden. Die Stimmrechtsvertreter sind verpflichtet, gemäß den ihnen erteilten Weisungen abzustimmen. Soweit den Stimmrechtsvertreter keine ausdrücklichen oder keine eindeutigen Weisungen erteilt werden, werden sie sich bei der betreffenden Abstimmung der Stimme enthalten. Bitte beachten Sie, dass die Stimmrechtsvertreter keine Aufträge zur Einlegung von Widersprüchen gegen Hauptversammlungsbeschlüsse und zum Stellen von Fragen bzw. von Anträgen entgegennehmen.

Vollmacht an einen Dritten

Auf dem oberen Drittel der dritten Seite des Vollmachtsformulars können Sie einen Dritten bevollmächtigen oder Untervollmacht erteilen. Bitte senden Sie das entsprechend ausgefüllte Formular **bis spätestens Mittwoch, den 8. Juli 2026, 24:00 Uhr (MESZ)** (Zugang bei der Gesellschaft maßgeblich) an die obenstehende Post- oder E-Mail-Adresse.

Widerruf

Auf der dritten Seite des Vollmachtsformulars können Sie den Widerruf einer erteilten Vollmacht erklären. Bitte senden Sie das entsprechend ausgefüllte Formular **bis spätestens Mittwoch, den 8. Juli 2026, 24:00 Uhr (MESZ)** (Zugang bei der Gesellschaft maßgeblich) an die obenstehende Post- oder E-Mail-Adresse.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise in der Einladung zur Hauptversammlung.

Vollmachtsformular

Dieses Formular ersetzt nicht die ordnungsgemäße Anmeldung zur Hauptversammlung.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Nutzung des Vollmachtsformulars.

Person(en) des/der Erklärenden

<hr/> Vorname*	<hr/> Aktienanzahl*
<hr/> Nachname*	<hr/> Eintrittskarten-Nr.*
<hr/> Ort*	<small>*Pflichtfelder (Bitte entnehmen Sie die Angaben der Eintrittskarte, die Ihnen nach ordnungsgemäßer Anmeldung zur Hauptversammlung zugesandt wird.)</small>

Vollmacht und Weisung an die von der Gesellschaft benannten Stimmrechtsvertreter

Ich/Wir bevollmächtige(n) die Stimmrechtsvertreter der MPH Health Care AG, Herrn Jörg Engmann und Herrn Bernhard Orlik, beide Mitarbeiter der HCE Consult AG, Berlin, jeweils einzeln unter Offenlegung meines/unserer Namen(s) im Teilnehmerverzeichnis und mit dem Recht zur Unterbevollmächtigung, mich/uns in der ordentlichen Hauptversammlung der MPH Health Care AG am 9. Juli 2026 zu vertreten und mein/unser Stimmrecht für mich/uns in der nachstehend aufgeführten Weise auszuüben.

Beschlussvorschläge gemäß der im Bundesanzeiger veröffentlichten Einladung zur Hauptversammlung	JA	NEIN	ENTHALTUNG
2. Beschlussfassung über die Verwendung des Bilanzgewinns 2025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beschlussfassung über die Entlastung der Mitglieder des Vorstands für das Geschäftsjahr 2025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beschlussfassung über die Entlastung der Mitglieder des Aufsichtsrats für das Geschäftsjahr 2025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wahl des Abschlussprüfers für das Geschäftsjahr 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etwaige Gegenanträge oder Wahlvorschläge, die bis spätestens Mittwoch, den 24. Juni 2026, 24:00 Uhr (MESZ) bei der Gesellschaft eingehen, werden auf der Internetseite der Gesellschaft unter <http://www.mph-ag.de/investor-relations/hauptversammlung> gemäß den gesetzlichen Bestimmungen veröffentlicht. Bitte beachten Sie auch die weiteren Hinweise in der Einladung zur Hauptversammlung.

Antrag	JA	NEIN	ENTHALTUNG
Antrag A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ort/Datum

Unterschrift(en) / Person(en) des/der Erklärenden gemäß § 126b BGB

Vollmacht an einen Dritten

Ich/Wir bevollmächtige(n) hierdurch Frau/Herrn

Vorname*

Nachname*

Postleitzahl/Ort*

mich/uns hinsichtlich der ordentlichen Hauptversammlung der MPH Health Care AG am 9. Juli 2026 unter Offenlegung meines/unserer Namen(s) im Teilnehmerverzeichnis zu vertreten. Die Vollmacht umfasst den Widerruf einer zuvor erteilten Vollmacht und die Ausübung sämtlicher versammlungsbezogener Rechte, insbesondere des Stimmrechts, einschließlich der Erteilung einer Untervollmacht.

X

Ort/Datum

Unterschrift(en) / Person(en) des/der
Erklärenden gemäß § 126b BGB

Untervollmacht

Ich/Wir erteile(n) hierdurch Frau/Herrn

Vorname*

Nachname*

Postleitzahl/Ort*

auf Grundlage der nebenstehenden Vollmacht Untervollmacht, den/die betreffenden Aktionär(e) hinsichtlich der ordentlichen Hauptversammlung der MPH Health Care AG am 9. Juli 2026 unter Offenlegung meines/unserer Namen(s) im Teilnehmerverzeichnis zu vertreten. Die Vollmacht umfasst den Widerruf einer zuvor erteilten Untervollmacht und die Ausübung sämtlicher versammlungsbezogener Rechte, insbesondere des Stimmrechts, einschließlich der Erteilung einer (weiteren) Untervollmacht.

Ort/Datum

Unterschrift(en) / Person(en) des/der
Erklärenden gemäß § 126b BGB

*Pflichtfelder

Widerruf der Vollmacht

Ich/Wir widerrufen(n) hiermit die von mir/uns

an die von der MPH Health Care AG benannten Stimmrechtsvertreter, Herrn Jörg Engmann und Herrn Bernhard Orlik, beide Mitarbeiter der HCE Consult AG, Berlin,

an _____
Vorname, Nachname, Wohnort

erteilte Vollmacht mich/uns hinsichtlich der auf den 9. Juli 2026 einberufenen Hauptversammlung der MPH Health Care AG zu vertreten und meine/unsere Aktionärsrechte, insbesondere das Stimmrecht, auszuüben.

X

Ort/Datum

Unterschrift(en) / Person(en) des/der Erklärenden gemäß § 126b BGB

Bitte beachten Sie die vorhergehenden Seiten.