

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att vid bolagsstämma med aktieägarna i PEPTONIC medical AB (publ), org.nr 556776-3064, företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i PEPTONIC medical AB (publ).

OMBUD

Ombudets namn:	Personnummer:
Postadress:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

AKTIEÄGARE

Aktieägarens namn:	Personnummer/org.nr:
Telefonnummer:	
Ort och datum:	
Aktieägarens namnteckning:	
Namnförtydligande (vid firmateckning):	

Fullmakten är giltig (kryssa för tillämpligt alternativ):

t.o.m. årsstämman den 24 maj 2022

1 år

5 år

Till fullmakt utställd av juridisk person skall även fogas behörighetshandlingar (registreringsbevis eller motsvarande som styrker firmatecknares behörighet).

Fullmaktens giltighet får anges till längst fem år från utfärdandet samt måste vara daterad och undertecknad för att vara giltig.

Notera att anmälan avseende aktieägares deltagande vid bolagsstämman måste ske i enlighet med kallelsen, även om aktieägaren önskar utöva sin rätt vid bolagsstämman genom ombud.

För att underlätta inpasseringen vid bolagsstämman bör fullmaktens formuläret i original (med eventuella behörighetshandlingar) sändas till bolaget tillsammans med anmälan om deltagande.