Fullmaktsformulär

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknades aktier i PEPTONIC medical AB, org.nr 556776–3064 (**”Bolaget”**), vid årsstämman den 21 maj 2024.

**Ombud**

|  |  |
| --- | --- |
| Ombudets namn | Personnummer |
| Utdelningsadress |
| Postnummer och postadress | Telefonnummer |

**Underskrift av aktieägaren**

|  |  |
| --- | --- |
| Aktieägarens namn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Ort och datum  | Telefonnummer |
| Namnteckning |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fullmakten ska dateras och undertecknas för att vara giltig.

Vid firmateckning skall namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis (eller motsvarande dokument) biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret. 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.

**Fullmaktsformuläret med eventuella bilagor skickas till**

**PEPTONIC medical AB, Färögatan 33, 164 51 Kista eller per e-post till info@peptonicmedical.se i god tid före stämman.**