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 extra bolagsstämma den 7 januari 2025.

**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.

En kopia av fullmakten samt eventuellt registreringsbevis bör i god tid före stämman sändas till Bolaget under adress PEPTONIC medical AB, Färögatan 33, 164 53 Kista eller via e-post till [info@peptonicmedical.se](mailto:info@peptonicmedical.se).