

# Fullmakt

För .....  
(Ombudets namn) .....  
(Ombudets personnummer)

.....  
(Ombudets utdelningsadress) .....  
(Ombudets telefon dagtid)

.....  
(Ombudets postnummer) .....  
(Ombudets postadress)

eller den ombudet sätter i sitt ställe, att vid Sedana Medical AB (publ):s årsstämma onsdagen den 22 maj 2024 företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i bolaget.

.....  
(Ort) .....  
(Datum)

.....  
(Aktieägarens namn)

.....  
(Underskrift) .....  
(Namnförtydligande)

.....  
(Aktieägarens person- eller organisationsnummer) .....  
(Aktieägarens telefon dagtid)

---

*Fullmakten och, om fullmakten utfärdas av en juridisk person, kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bör i god tid före årsstämman insändas till Sedana Medical AB (publ), "Årsstämma", Svärdvägen 3, 182 33 Danderyd, Sverige.*