

Fullmaktsformulär

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för aktieägarens samtliga aktier i Sedana Medical AB (publ), org.nr 556670-2519, vid årsstämman den 10 maj 2021.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer
Postadress	
Postnummer och postort	Telefonnummer

Aktieägare

Aktieägarens namn	Person- eller organisationsnummer
Postadress	
Postnummer och postort	Telefonnummer
Ort och datum	
Namnteckning(ar) och namnförtydligande(n)	

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig(a) firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas det ifyllda fullmaktsformuläret.

Observera att om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt vid stämman genom fullmakt, ska fullmakten tillhandahållas tillsammans med det poströstningsformulär som finns tillgängligt på www.sedanamedical.se, på bolagets kontor och via Euroclear Sweden AB:s webbplats <https://anmalan.vpc.se/euroclearproxy>. Poströstningsformulär ska skickas in inom sådan tid och på sådant sätt som framgår av kallelsen till stämman och av poströstningsformuläret. Fullmaktsformulär som har skickats in utan poströstningsformulär gäller inte som anmälan till stämman.
