

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att vid årsstämma i Affibody Medical AB (publ) den 29 juni 2017 företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i Affibody Medical AB (publ).

OMBUD

Ombudets namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	
Postnummer och postadress:	
Telefonnummer dagtid (inkl. riktnr.):	

AKTIEÄGARENS UNDERSKRIFT

Aktieägarens namn:	Personnummer / org.nr.:
Telefonnummer dagtid (inkl. riktnr.):	
Ort och datum:	
Aktieägarens namnteckning:	
Namnförtydligande (gäller endast vid firmateckning):	

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

Fullmakten måste vara undertecknad och daterad för att vara giltig. En fullmakt gäller inte längre än fem år från utfärdandet.

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

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