

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att vid bolagsstämma med aktieägarna i Affibody Medical AB (publ) den 17 februari 2020 samt vid därefter kommande bolagsstämmor under giltighetstiden 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):	

Fullmaktens giltighetstid (dock högst fem år): _____

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

Fullmakten får inte vara daterad längre tillbaka i tiden än högst fem år före dagen för bolagsstämman, dock alltid inom fullmaktens giltighetstid, samt måste vara daterad och undertecknad för att vara giltig.

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.