

FULLMAKTSFORMULÄR

enligt 7 kap 54 a § aktiebolagslagen

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att vid bolagsstämman med aktieägarna i Affibody Medical AB (publ), org.nr 556714–5601, företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i Affibody Medical AB (publ).

OMBUD

Ombudets namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	
Postnummer och postadress:	
Telefonnummer:	

AKTIEÄGARENS UNDERSKRIFT

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

Fullmakten är giltig längst:

t o m bolagsstämman den 23 maj 2023 1 år 5 år

Fullmaktens giltighet får anges till längst fem år från utfärdandet samt måste vara daterad och undertecknad för att vara giltig.

Till fullmakt utställd av juridisk person ska även fogas behörighetshandlingar (registreringsbevis eller motsvarande som styrker firmatecknarens behörighet). För att underlätta inpasseringen vid bolagsstämman bör fullmaktsformuläret i original (med eventuella behörighetshandlingar) sändas till bolaget tillsammans med anmälan om deltagande.

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.