

## FULLMAKT

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

### OMBUD

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

### AKTIEÄGARENS UNDERSKRIFT

Aktieägarens namn:	Personnummer/org.nr:
Telefonnummer:	
Ort och datum:	
Aktieägarens namnteckning:	
Namnförtydligande	

Fullmakten är giltig längst:

- t o m bolagsstämman den 30 juni 2021                       5 år från och med utfärdandet

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

Fullmaktens giltighet får anges till längst ett fem från utfärdandet 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.