

Fullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva min/vår rätt vid årsstämma i Zenicor Medical Systems AB (publ) tisdagen den 31:a maj kl 17:00, Westmanska Palatset, Holländargatan 17, 111 60 Stockholm

Ombud

Ombudets namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och postadress: _____

Telefonnummer under kontorstid: _____

Ombudet deltar också för egna aktier i stämman.

Aktieägare

Aktieägarens namn: _____

Personnummer/Organisationsnummer: _____

Datum: _____

Ort: _____

Underskrift av aktieägaren: _____

Namnförtydligande: _____

Observera att kopia av registreringsbevis skall bifogas fullmakten om aktieägaren är en juridisk person.

Denna fullmakt i original och eventuella bilagor bör skickas till bolaget under adress Zenicor Medical Systems AB, c/o Euroclear Sweden AB, Box 191, 101 23 Stockholm., märkt "Årsstämma 2022".

Observera att separat anmälan om aktieägares deltagande vid stämman måste ske även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt vid stämman genom ombud. Inskickande av detta fullmaktsformulär gäller inte som anmälan till bolagsstämman.