FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva min/vår rätt vid årsstämma i Zenicor Medical Systems AB (publ) tisdagen den 30:e maj 2023, kl 17.00 på 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, Saltmätargatan 8, 113 59 Stockholm, märkt **”Årsstämma 2023”**.

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.