

## FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva min/vår rätt vid årsstämma i Zenicor Medical Systems AB (publ) tisdagen den 26:e maj 2026, kl 17.00 på huvudkontoret för Zenicor Medical Systems AB, Saltmätargatan 8, 113 59 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 2026"**.

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.