

## FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Isofol Medical AB (publ), org.nr 556759-8064, vid årsstämma i Isofol Medical AB (publ) den 3 maj 2023.

### Ombud

<b>Ombudets namn</b>	<b>Personnummer/Födelsedatum</b>
<b>Utdelningsadress</b>	
<b>Postnummer och postadress</b>	<b>Telefonnummer</b>

### Underskrift av aktieägaren

<b>Aktieägarens namn</b>	<b>Personnummer/Födelsedatum/Organisationsnummer</b>
<b>Ort och datum</b>	<b>Telefonnummer</b>
<b>Namnteckning*</b>	

\* Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis (eller motsvarande handling) biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

**Observera att anmälan om aktieägares deltagande vid stämman måste ske – på det sätt som föreskrivs i kallelsen – även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud.**

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) ska sändas via e-post till [arsstamma@isofolmedical.com](mailto:arsstamma@isofolmedical.com) eller per post till Isofol Medical AB (publ), Årsstämma 2023, Att. Roy Jonebrant, Arvid Wallgrens backe 20, 413 46 Göteborg så att det är bolaget tillhanda senast den 26 april 2023. Om aktieägaren *inte* önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret inte skickas in.

Fullmakt i original tas med till bolagsstämman vid fysiskt deltagande.

#### **Behandling av personuppgifter**

För information om hur dina personuppgifter behandlas se

[www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammor-svenska.pdf](http://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammor-svenska.pdf).