

FULLMAKTSFORMULÄR

enligt 7 kap 54 a § aktiebolagslagen

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 8 maj 2024.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer/Födelsedatum
Utdelningsadress	
Postnummer och postadress	Telefonnummer

Underskrift av aktieägaren

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

* 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 eller per post till Isofol Medical AB (publ), Årsstämma 2024, Att. Magnus Hurst, Arvid Wallgrens backe 20, 413 46 Göteborg så att det är bolaget tillhanda senast torsdagen den 2 maj 2024. Om aktieägaren *inte* önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret inte skickas in.

Fullmakt i original tas med till bolagsstämman.

Behandling av personuppgifter

För information om hur dina personuppgifter behandlas se

www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammor-svenska.pdf.