

Fullmakt

För
(Ombudets namn)
(Ombudets personnummer)
.....
(Ombudets utdelningsadress)
(Ombudets telefon dagtid)
.....
(Ombudets postnummer)
(Ombudets postadress)

att vid Redsense Medical AB (publ):s årsstämma måndagen den 22 juni 2020 företräda
samtliga mig/oss tillhöriga aktier i bolaget.

.....
(Ort)
(Datum)

.....
(Aktieägarens namn eller firma)

.....
(Underskrift)
(Namnförtydligande)

.....
(Aktieägarens person- eller organisationsnummer)
(Aktieägarens telefon dagtid)

Fullmakten i original och, om fullmakten utfärdas av en juridisk person, registreringsbevis
bör i god tid före stämman insändas till: Redsense Medical AB, Gyllenhammars väg 26,
302 92 Halmstad.

Inskickat fullmaktsformulär gäller inte som anmälan till stämman.