

## Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägars rätt vid bolagsstämma i **Hansa Medical AB (publ)**.

Fullmakten ska gälla

endast vid den stämma som hålls den: \_\_\_\_\_

till och med den (ange datum; högst fem år från fullmaktens utfärdande): \_\_\_\_\_

Fullmakten ska inte gälla för samtliga aktieägars aktier utan för följande antal: \_\_\_\_\_

### Ombud

Namn:	Personnr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):

### Aktieägare

Namn:	Person- eller org. nr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):
Ort och datum:	
Underskrift av aktieägare eller aktieägars företrädare:	
Namnförtydligande:	

Observera att om aktieägaren är en juridisk person ska behöriga firmatecknare underteckna fullmakten och behörighetshandlingar bifogas.