

Fullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Redsense Medical AB (publ) vid extra bolagstämma i Redsense Medical AB (publ) torsdagen den 24 april 2025.

För	
(Ombudets namn)	(Ombudets personnummer)
.....	
(Ombudets utdelningsadress)	(Ombudets telefon dagtid)
.....	
(Ombudets postnummer)	(Ombudets postadress)
.....	
(Ort)	(Datum)
.....	
(Aktieägarens namn)	
.....	
(Underskrift)	(Namnförtydligande)
.....	
(Aktieägarens person- eller organisationsnummer)	(Aktieägarens telefon dagtid)

Fullmakten och, om fullmakten utfärdas av en juridisk person, registreringsbevis och andra eventuella behörighetshandlingar för den juridiska personen bör i god tid före bolagsstämman insändas till:

*Redsense Medical AB (publ), Storgatan 36, 302 43 Halmstad eller
info(at)redsensemecical.com*