

Fullmakt

För

(Ombudets namn)

.....

(Ombudets personnummer)

.....

(Ombudets utdelningsadress)

.....

(Ombudets telefon dagtid)

.....

(Ombudets postnummer)

.....

(Ombudets postadress)

att vid Redsense Medical AB (publ):s årsstämma onsdagen den 12 maj 2021 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.