

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han/hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Redsense Medical AB (publ), org.nr. 556646-4862, vid extra bolagsstämma i Redsense Medical AB (publ) den 19 april 2021.

Ombud

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Ombudets namn | Personnummer/födelsedatum |
| Utdelningsadress | |
| Postnummer och postort | Telefonnummer |

Underskrift av aktieägaren

| | |
|---------------------------------|---|
| Aktieägarens namn | Personnummer/födelsedatum/organisationsnummer |
| Ort och datum* | Telefonnummer |
| Namnteckning/Namnförtydligande* | |

*Observera att fullmakten måste dateras och undertecknas. Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

Fullmakten med eventuella övriga behörighetshandlingar ska skickas till Redsense Medical AB (publ), "Extra bolagsstämma", Gyllenhammarsväg 26, 302 92 Halmstad, eller per e-post till info@redsensemical.com. Förhandsröstningsformuläret för ombudet finns tillgängligt på Redsense Medical AB (publ):s webbplats, www.redsensemical.com.