

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i S2Medical AB (publ), org.nr 556934-8344, vid årsstämman i S2Medical AB (publ), torsdagen den 8 juni 2023.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer/födelsedatum
Adress	
Postnummer och postort	Telefonnummer

Underskrift av aktieägaren

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

* Vid firmateckning skall namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman. Aktieägare som önskar delta vid stämman måste avge särskild anmälan i enlighet med de instruktioner som återfinns i kallelsen till stämman.

En kopia av fullmakten samt eventuellt registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling ska i god tid före stämman sändas till bolaget på adress S2Medical AB (publ), "Årsstämma", Sunnorpsgatan 5, 582 73 Linköping eller per e-post till hello@s2m.se. Fullmakten i original ska även uppvisas på stämman.