

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i GPX Medicals AB (publ), 559069-9012, vid GPX Medicals AB (publ) årsstämma den 19 maj 2022.

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

Observera att anmälan om aktieägares deltagande vid bolagsstämman måste ske, på det sätt som föreskrivs i kallelsen, även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) kan skickas per post/bud till GPX Medical AB (publ), Scheelevägen 27, 223 63 Lund. Alternativt i elektroniskt format till info@gpxmedical.se

Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret naturligtvis inte skickas in.