

# Fullmakt

För .....  
(Ombudets namn) ..... (Ombudets personnummer) .....  
.....  
(Ombudets utdelningsadress) ..... (Ombudets telefon dagtid) .....  
.....  
(Ombudets postnummer) ..... (Ombudets postadress) .....

att vid Redsense Medical AB (publ):s årsstämma måndagen den 6 maj 2019 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.*