**Fullmaktsformulär**

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva undertecknad aktieägares rätt och rösta för dess aktier vid den extra bolagsstämman i Perpetua Medical AB (publ), org. nr 556723-6418, den 30 augusti 2024.

**Ombudets uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Ombudets namn | Personnummer |
| Utdelningsadress | |
| Postnummer och postadress | Telefonnummer dagtid |

Ombudet deltar också för egna aktier på stämman:  Ja  Nej

**Underskrift av aktieägaren (fullmakten måste undertecknas och dateras)**

|  |  |
| --- | --- |
| Aktieägarens namn | Org. / Personnummer |
| Ort och Datum | Telefonnummer dagtid |
| Namnteckning | |

*Observera att vid firmateckning ska aktuellt registreringsbevis bifogas fullmakten.*

Observera att särskild anmälan om aktieägares deltagande vid stämman ska ske även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt vid stämman genom ombud. Inskickat fullmaktsformulär gäller inte som anmälan till bolagsstämman. Fullmaktsformuläret med eventuella bilagor skickas till

Perpetua Medical AB, Ekeby Bruk 2N, 752 63 Uppsala, "Årsstämman" eller via e-post till [info@perpetuamedical.se.](mailto:info@perpetuamedical.se.)