

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Clinical Laserthermia Systems AB, 556705-8903, vid extra bolagsstämma den 12 april 2024.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer
Utdelningsadress	
Postnummer och postort	Telefonnummer

Underskrift av aktieägaren

Aktieägarens namn	Personnummer/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.

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

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till Clinical Laserthermia Systems AB, Medicon Village, Scheelegatan 2, 223 63 Lund eller per e-post till info@clinicallaser.se tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret naturligtvis inte skickas in.