

FULLMAKTSFORMULÄR

Enligt 7 kap 54 a § aktiebolagslagen

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Alteco Medical AB (publ), 556625-0840, vid årsstämman i Alteco Medical AB (publ) den 24 juni 2024.

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

Observera att anmälan om aktieägars 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) bör sändas till Alteco Medical AB, Höstbruksvägen 8, 226 60 Lund, tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret naturligtvis inte skickas in.