

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att företräda och rösta för samtliga undertecknads aktier i VIMAB Group AB (publ), org.nr 556852-5843, och även i övrigt utöva alla härmed förenade befogenheter på bolagsstämma.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer
Utdelningsadress	
Postnummer och postadress	Telefonnummer

Underskrift av aktieägaren

Aktieägarens namn	Personnummer/ org.nr
Ord och datum	Telefonnummer
Namnteckning	

* Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis i bilaga till det ifyllda fullmaktsformuläret.

Fullmaktens giltighetstid (högst fem år): _____

Information

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

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör i god tid före stämman sändas tillsammans med anmälan till via e-post till anna.bonde@vimabgroup.com eller via post till VIMAB Group AB (publ) c/o Vimab AB, Björnvägen 6, 591 52 Motala. I annat fall skall originalet medtas till stämman.