

## FULLMAKTSFORMULÄR / *POWER OF ATTORNEY FORM*

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han/hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga av undertecknads aktier i Invent Medic Sweden AB (publ), 556682-1046, vid årsstämma i Invent Medic Sweden AB AB (publ) den 7 maj 2024. Fullmakten skickas antingen till Invent Medic Sweden AB, Nyänkargatan 4, 223 63 Lund eller via epost till: [anmalan@inventmedic.com](mailto:anmalan@inventmedic.com)

### **Ombud / *Proxy***

Ombudets namn / <i>Name of the proxy</i>	Personnummer / födelsedatum / <i>Social security number / date of birth</i>
Utdelningsadress / <i>Distribution address</i>	
Postnummer och postort / <i>Postal code and postal address</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>

### **Underskrift av aktieägaren / *Signature of the shareholder***

Aktieägarens namn / <i>Shareholder's name</i>	Personnummer / födelsedatum / organisationsnummer / <i>Social security number / date of birth / organization number</i>
Ort och datum* / <i>Place and date*</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>
Namnteckning / Namnförtydligande* / <i>Signature / Name clarification*</i>	

\*Observera att fullmakten måste dateras och undertecknas. Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

\* *Please note that the power of attorney must be dated and signed. When signing for a firm, clarification of name must be stated at the time of signing and the current registration certificate must be attached to the completed power of attorney form.*