

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedan angivet ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för undertecknad aktieägares samtliga aktier i Iconovo AB, org.nr 556938-0156, ("**Bolaget**") vid bolagsstämmor i Bolaget.

UPPGIFTER OM OMBUDET

Ombudets namn	
Personnummer	
Postadress, inkl. postnummer och ort	
Telefonnummer dagtid	E-postadress

UPPGIFTER OM AKTIEÄGAREN SAMT UNDERSKRIFT

Aktieägarens namn	
Personnummer/organisationsnummer	
Telefonnummer dagtid	E-postadress
Ort och datum	
Namnteckning(ar)	
Namnförtydligande(n)	

Om aktieägaren är en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig(a) firmatecknare samt registreringsbevis (eller motsvarande) och andra handlingar som styrker firmatecknarens behörighet bifogas. En kopia av fullmakten samt eventuella behörighetshandlingar bör i god tid före stämman skickas per post till Iconovo AB, "Extra bolagsstämma", c/o Medicon Village AB, Scheelevägen 2, 223 81, Lund eller per e-post till mea.lindsjo@iconovo.se. Fullmakten i original ska även uppvisas på stämman.

Observera att anmälan om deltagande vid bolagsstämman måste ske – på det sätt som anges i kallelsen – även om aktieägaren företräds genom ombud, och att insändande av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan om deltagande.