

---

---

---

---

## Fullmakt

Härmed befullmäktigas nedan angivet ombud att rösta för samtliga undertecknads aktier i Hansa Medical AB (publ) vid årsstämman den 6 maj 2013.

### Ombud

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (dagtid): \_\_\_\_\_

### Aktieägare

Namn: \_\_\_\_\_

Personnr/organisationsnr: \_\_\_\_\_

Antal aktier: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (dagtid): \_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Aktieägarens underskrift: \_\_\_\_\_

Observera att om aktieägaren är en juridisk person ska behöriga firmatecknare underteckna fullmakten och aktuella behörighetshandlingar (t.ex. registreringsbevis) bifogas formuläret.

Observera att anmälan om aktieägares 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 Hansa Medical AB (publ), Box 785, 220 07 Lund i god tid före årsstämman.