

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Neola Medicals AB (publ), 559069-9012, vid Neola Medicals AB (publ) årsstämma den 17 maj 2023.

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

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) kan skickas per post/bud till Neola Medical AB (publ), Scheelevägen 27, 223 63 Lund. Alternativt i elektroniskt format till anna.goffhe@neolamedical.com

Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret naturligtvis inte skickas in.