

FULLMAKTSFORMULÄR / POWER OF ATTORNEY FORM

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Sedana Medical AB (publ), org.nr 556670-2519, vid årsstämman den 28 maj 2019.

The shareholder stated below hereby grants the proxy stated below the right to represent and vote for the shareholder's entire shareholding in Sedana Medical AB (publ), reg. no. 556670-2519, at the annual general meeting on 28 May 2019.

OMBUD / PROXY

Ombudets namn / <i>Name of proxy</i>	Personnummer / <i>Personal identification number</i>
Postadress / <i>Postal adress</i>	
Postnummer och postort / <i>Zip code and city</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>

AKTIEÄGARE / SHAREHOLDER

Aktieägarens namn/ <i>Name of shareholder</i>	Person- eller organisationsnummer / <i>Personal identification number or corporate registration number</i>
Postadress / <i>Postal adress</i>	
Postnummer och postort / <i>Zip code and city</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>
Datum och underskrift / <i>Date and signature</i>	Namnförtydligande / <i>Clarification of signature</i>

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

If issued by a legal entity, the power of attorney must be signed by an authorized signatory and be accompanied by a registration certificate or other documents attesting the authority of the signatory.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman.

Aktieägare som önskar delta vid stämman måste avge särskild anmälan i enlighet med de instruktioner som återfinns i kallelsen till stämman.

Please note that sending in this power of attorney form will not be sufficient in order to give notice of your attendance at the meeting. Shareholders who wish to attend the meeting must also give notice of their attendance in accordance with the instructions to be found in the notice to attend the general meeting.

En kopia av fullmakten samt eventuella behörighetshandlingar bör i god tid före stämman skickas till Sedana Medical AB (publ), Vendevägen 87, 182 32 Danderyd samt via e-post till corp@sedanamedical.com. Fullmakten i original ska även uppvisas på stämman.

A copy of the power of attorney form and documents attesting the authority of the signatory (if applicable) ought to be sent to Sedana Medical AB (publ), Vendevägen 87, SE-182 32 Danderyd, Sweden; and via e-mail to corp@sedanamedical.com. The original version of the power of attorney form shall also be presented at the meeting.