

# Fullmakt

För

.....  
Ombudets namn

.....  
Ombudets personnummer

.....  
Ombudets utdelningsadress

.....  
Ombudets telefon dagtid

.....  
Ombudets postnummer

.....  
Ombudets postadress

*Att vid Hifab Group ABs årsstämma den 7 maj 2015 företräda samtliga mig/oss  
tillhörande aktier i bolaget.*

.....  
..  
Ort

.....  
...  
Datum

.....  
...  
Aktieägarens underskrift

.....  
...  
Aktieägarens namnförtydligande

.....  
...  
Aktieägarens person- eller organisationsnummer

.....  
...  
Aktieägarens telefon  
dagtid

---

***Fullmakten i original samt eventuellt registreringsbevis bör i god tid före årsstämman insändas till***

HifabGroup AB, Box 19090, 104 32 Stockholm