

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