

## FULLMAKT

Om Ni är förhindrad att närvara och vill att någon annan representerar Era aktier, befullmäktigar Ni denne genom att fylla i och skicka in denna fullmakt tillsammans med eventuella registreringbevis.

Fullmakten bör vara Sensori AB tillhanda senast den 2019-02-18, kl 16.00.

Postadress: Sensori AB (publ), Nybrogatan 39, 114 39 Stockholm

### *Fullmakt för:*

\_\_\_\_\_  
Ombudets namn

\_\_\_\_\_  
Personnummer / Organisationsnummer

\_\_\_\_\_  
Utdelningsadress

\_\_\_\_\_  
Telefon dagtid

\_\_\_\_\_  
Postnummer

\_\_\_\_\_  
Postadress

*att vid extra bolagsstämma i Sensori AB (publ), 556536-8684, den 22 februari 2019 företräda samtliga mig tillhöriga aktier i bolaget.*

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Aktieägarens namn

\_\_\_\_\_  
Aktieägarens underskrift