**FULLMAKTSFORMULÄR ÅRSSTÄMMA QUIAPEG PHARMACEUTICALS HOLDING AB**

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att rösta för samtliga undertecknades aktier i QuiaPEG Pharmaceuticals Holding AB, org. nr 556658-0196, vid årsstämma i QuiaPEG Pharmaceuticals Holding AB den 18 juni april 2018.

**Ombud**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ombudets namn** | **Personnummer/Födelsedatum** |
| **Postadress** |
| **Postnummer och postort** | **Telefonnummer** |

**Aktieägares underskrift**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktieägares namn/Firma** | **Personnummer/Födelsedatum/Organisationsnummer** |
| **Ort och datum** | **Telefonnummer** |
| **Namnteckning\*** |

\* Om aktieägare är en juridisk person skall fullmaktsformuläret vara undertecknat av behöriga firmatecknare för den juridiska personen. Vidare ska aktuella behörighetshandlingar (t.ex. registreringsbevis) biläggas formuläret.

Det ifyllda och undertecknade fullmaktsformuläret med, i förekommande fall, aktuella behörighetshandlingar bör sändas till bolaget under adress QuiaPEG Pharmaceuticals Holding AB ”QuiaPEG årsstämma 2018”, Virdings Allé 32 B, 754 54 Uppsala, i god tid före bolagsstämman.

**Observera att anmälan om deltagande på årsstämman måste ske på det sätt som framgår av kallelsen även om aktieägaren önskar närvara genom ombud.**