**FULLMAKTSFORMULÄR ÅRSSTÄMMA
QUIAPEG PHARMACEUTICALS HOLDING AB**

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att rösta för samtliga undertecknades aktier i QuiaPEG Pharmaceuticals Holding AB (”**Bolaget**”), org. nr 556658-0196, vid årsstämma i Bolaget den 29 maj 2019.

**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 ska tas med till årsstämman.