**Fullmaktsformulär**

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Lipigon Pharmaceuticals AB, org.nr 556810-9077, vid extra bolagsstämman i Lipigon Pharmaceuticals AB den 25 april 2025.

**Ombud**

|  |  |
| --- | --- |
| Ombudets namn | Personnummer |
| Utdelningsadress | |
| Postnummer och postadress | Telefonnummer |

**Underskrift av aktieägaren**

|  |  |
| --- | --- |
| Aktieägarens namn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Ort och datum | Telefonnummer |
| Namnteckning\* | |

\* För de fall aktieägaren är en juridisk person skall fullmaktsformuläret vara undertecknat av behöriga firmatecknare. Vidare ska aktuella behörighetshandlingar (t.ex. registreringsbevis eller liknande dokument) biläggas fullmakten.

Observera att anmälan om aktieägares deltagande vid bolagsstämman måste ske på det sätt som föreskrivs i kallelsen även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud. Inskickat fullmaktsformulär gäller inte som anmälan till bolagsstämman.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till Lipigon Pharmaceuticals AB, Tvistevägen 48C, 907 36 Umeå eller per e-post till [ir@lipigon.se](mailto:ir@lipigon.se), tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret inte skickas in.

**Behandling av personuppgifter**

För information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till Euroclears integritetspolicy som finns tillgängliga på deras hemsida: <https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammor-svenska.pdf>.