

**FULLMAKTSFORMULÄR**  
**enligt 7 kap 54 a § aktiebolagslagen**

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 bolagsstämma i Lipigon Pharmaceuticals AB den 11 januari 2021.

**Ombud**

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

**Underskrift av aktieägaren**

|                   |   |
|-------------------|---|
| Aktieägarens namn | Personnummer/födelsedatum/organisationsnummer |
| Ort och datum     | Telefonnummer                                 |
| Namnteckning*     |   |

\* Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.