

**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 4 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.