

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 årsstämman i Lipigon Pharmaceuticals AB den 26 juni 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 aktieägars 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, 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>.