**FULLMAKTSFORMULÄR**

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Klaria Pharma Holding AB (publ), org nr 556959-2917, vid extrastämman i Klaria Pharma Holding AB (publ) den 15 oktober 2018.

**Ombud**

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

**Underskrift av aktieägaren**

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

 \* Vid firmateckning skall namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis (eller motsvarande) biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

|  |
| --- |
| 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. Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) ska presenteras i original vid stämman. Om aktieägaren *inte* önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver detta fullmaktsformulär naturligtvis inte skickas in.  |