**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. |