



## FULLMAKTSFORMULÄR

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Klaria Pharma Holding AB (publ), org.nr 556959-2917, vid årsstämma som hålls den 15 maj 2024.

### Ombud

Ombudets namn:	Personnummer:
Postadress:	E-post:
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:

### Aktieägare

Aktieägarens namn:	Person- eller organisationsnummer:
Postadress:	E-post:
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:
Datum och underskrift:	Namnförtydligande:

Fullmakten ska dateras och undertecknas för att vara giltig.

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

Fullmakten och eventuella behörighetshandlingar ska skickas till Klaria Pharma Holding AB (publ), på adress Klaria Pharma Holding AB, Virdings Allé 2, 754 50 Uppsala eller per e-post [info@klaria.com](mailto:info@klaria.com).

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman.