

Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägares rätt vid bolagsstämma i **Asarina Pharma AB (publ)**. Om inte annat anges nedan gäller fullmakten endast vid årsstämman 2023.

Fullmakten ska gälla till och med den
(ange datum; högst fem år från
fullmaktens utfärdande): _____

Fullmakten ska inte gälla för samtliga
aktieägarens aktier utan för följande antal: _____

Ombud

Namn:	Personnr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):

Aktieägare

Namn:	Person- eller org. nr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):
Ort och datum:	
Underskrift av aktieägare eller, såvitt avser juridisk person, behörig firmatecknare:	
Namnförtydligande:	

Observera att om aktieägaren är en juridisk person ska behöriga firmatecknare underteckna fullmakten och behörighetshandlingar bifogas.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till Fredersen Advokatbyrå, Turning Torso, 211 15 Malmö, i god tid före årsstämman.