

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 den extra bolagsstämman som hålls den 21 januari 2020.

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 adress Asarina Pharma AB, c/o Fredersen Advokatbyrå AB, Turning Torso, 211 15 Malmö eller via e-post till asarinapharma@fredersen.se.