

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i Enorama Pharma AB, org. nr 556716-5591, vid årsstämma i Enorma Pharma AB den 17 maj 2017.

OMBUD

Ombudets namn	Personnummer/Födelsedatum
Utdelningsadress	
Postnummer och postadress	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 handling) 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. Inskickat fullmaktsformulär gäller **inte** som anmälan till bolagsstämman.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) ska sändas till Enorama Pharma AB (publ), Att Anders Andreasson, Södergatan 3, 211 34 Malmö, tillsammans med anmälan om deltagande i god tid enligt kallelse till stämman. Om aktieägaren **inte** önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret inte skickas in.