

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att vid Arcede Pharma AB (publ) i likvidations, org.nr 556650-7330, stämma den 29 december 2025 företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i Arcede Pharma AB (publ) i likvidation och rösta i mitt ställe.

OMBUD

Ombudets namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	
Postnummer och postadress:	
Telefonnummer dagtid (inkl. riktnr):	

AKTIEÄGARENS UNDERSKRIFT

Aktieägarens namn:	Personnummer/org.nr:
Telefonnummer dagtid (inkl. riktnr):	
Ort och datum:	
Aktieägarens namnteckning:	
Namnförtydligande (gäller endast vid firmateckning):	

Fullmakten är giltig längst:

☐

t o m bolagsstämma den 29 december 2025

☐

1 år

☐

5 år

Till fullmakt utställd av juridisk person skall även fogas behörighetshandlingar (registreringsbevis eller motsvarande som styrker firmatecknares behörighet).

Fullmaktens giltighet får anges till längst fem år från utfärdandet samt måste vara daterad och undertecknad för att vara giltig.

Notera att anmälan avseende aktieägares deltagande vid bolagsstämman måste ske i enlighet med kallelsen, även om aktieägaren önskar utöva sin rätt vid bolagsstämman genom ett ombud.

För att underlätta inpasseringen vid bolagsstämman bör fullmaktsformuläret i original (med eventuella behörighetshandlingar) sändas till bolaget tillsammans med anmälan om deltagande.