

## FULLMAKT

Undertecknad aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att utöva min/vår rätt vid årsstämma i SynAct Pharma AB, org. nr 559058-4826, den 25 maj 2023.

Ombudets namn:

---

Ombudets personnummer:

---

Ombudets adress:

---

Ombudets telefonnummer under kontorstid:

---

*Observera att fullmakten måste dateras och undertecknas.*

Aktieägarens namn/firma:

---

Aktieägarens person- eller organisationsnummer:

---

Ort och datum:

---

Underskrift av aktieägaren:

---

Namnförtydligande:

---