

## FULLMAKT/POWER OF ATTORNEY

Fullmaktsformulär tillhandahållet av SynAct Pharma AB, org.nr 559058-4826 ("**Bolaget**") i enlighet med 7 kap. 54 a § aktiebolagslagen. Aktieägare som önskar företrädas av ombud kan använda sig av detta fullmaktsformulär.

*Proxy form supplied by SynAct Pharma AB, reg. no. 559058-4826 ("**Company**") in accordance with Chapter 7, Section 54 a of the Swedish Companies Act. Shareholders who wish to be represented by proxy can use this proxy form.*

### Fullmakt för/Proxy for

\_\_\_\_\_  
OMBUDETS NAMN/NAME OF PROXY

\_\_\_\_\_  
PERSONNUMMER/FÖDELSEDATUM/PERSONAL IDENTITY NO.

\_\_\_\_\_  
UTDELNINGSDRESS/ADDRESS

\_\_\_\_\_  
TELEFON DAGTID/TELEPHONE DAYTIME

\_\_\_\_\_  
POSTNUMMER/POSTAL CODE

\_\_\_\_\_  
POSTADRESS/POSTAL ADDRESS

att vid bolagsstämma den 13 december 2024 företräda och rösta för samtliga undertecknad aktieägars aktier i Bolaget.

*to at the general meeting on 13 December 2024 represent and exercise the voting rights for all shares in the Company held by the undersigned shareholder.*

\_\_\_\_\_  
ORT/PLACE

\_\_\_\_\_  
DATUM/DATE

\_\_\_\_\_  
AKTIEÄGARENS NAMN/NAME OF SHAREHOLDER

\_\_\_\_\_  
PERSONNUMMER/FÖDELSEDATUM/ORGANISATIONSNUMMER/  
PERSONAL IDENTITY NO./DATE OF BIRTH/CORPORATE REG.NO

\_\_\_\_\_  
AKTIEÄGARENS UNDERSKRIFT/SHAREHOLDER'S SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
NAMNFÖRTYDLIGANDE/CLARIFICATION OF SIGNATURE

Om fullmakten utfärdas av juridisk person ska fullmakten skrivas under av dess behöriga företrädare och aktuellt registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandlingar för den juridiska personen ska bifogas.

*If the power of attorney is issued by a legal entity, the power of attorney shall be signed by authorized signatory/signatories and a registration certificate or other document which verifies the signing authority must be enclosed.*

Vänligen insänd underskriven och daterad fullmakt, i förekommande fall tillsammans med behörighetshandlingar, till SynAct Pharma AB, Medicon Village, Scheelevägen 2, 223 81 Lund alternativt via e-post till [legal@synactpharma.com](mailto:legal@synactpharma.com). För att underlätta registreringen vid stämman bör handlingarna vara Bolaget tillhanda i god tid före stämman och senast den 4 december 2024. Fullmakten i original ska tas med till stämman.

*Please send the signed and dated power of attorney, if applicable together with authority documents, to SynAct Pharma AB, Medicon Village, Scheelevägen 2, 223 81 Lund or [legal@synactpharma.com](mailto:legal@synactpharma.com). In order to facilitate registration at the general meeting, the documents should be received by the Company well before the general meeting and no later than 4 December 2024. The original power of attorney should be brought to the general meeting.*

Observera att inskickad fullmakt inte gäller som anmälan till stämman. Anmälan till stämman ska göras i enlighet med instruktionerna som finns i kallelsen till stämman.

*Please note that a submitted power of attorney is not valid as a notice of participation in the general meeting. Notice of participation must be made in accordance with the instructions set out in the notice to the general meeting.*

För information om hur Bolaget behandlar dina personuppgifter hänvisas till den integritetspolicy som finns tillgänglig på:

<https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammor-svenska.pdf>

*For information on how the Company processes your personal data, see the integrity policy that is available at <https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Privacy-notice-bolagsstammor-engelska.pdf>*