

FULLMAKTSFORMULÄR

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i InDex Pharmaceuticals Holding AB (publ), org.nr 559067-6820, vid årsstämma tisdagen den 7 maj 2024.

Ombud

Ombudets namn:	Personnummer:
Postadress:	E-post:
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:

Aktieägare

Aktieägarens namn:	Person- eller organisationsnummer:
Postadress:	E-post:
Postnummer och postort:	Telefonnummer dagtid:
Datum och underskrift:	Namnförtydligande:
Datum och underskrift:	Namnförtydligande:
Datum och underskrift:	Namnförtydligande:

Fullmakten ska dateras och undertecknas för att vara giltig.

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig(a) firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

En kopia av fullmakten och eventuella behörighetshandlingar bör i god tid före stämman skickas till InDex Pharmaceuticals Holding AB, Berzelius väg 13, 171 65 Solna eller via e-post till info@indexpharma.com. Fullmakten i original ska även uppvisas på stämman.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman. Aktieägare som önskar delta vid stämman måste avge särskild anmälan i enlighet med de instruktioner som återfinns i kallelsen till stämman.