

## FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att vid bolagsstämma med aktieägarna i Disruptive Pharma AB (publ), org.nr 559310-6361, den 10 december 2021 samt vid därefter kommande bolagsstämmor under giltighetstiden företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i Disruptive Pharma AB (publ).

### 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):	

**Fullmaktens giltighetstid** (dock högst fem år): \_\_\_\_\_

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

Fullmakten får inte vara daterad längre tillbaka i tiden än högst fem år före dagen för bolagsstämman, dock alltid inom fullmaktens giltighetstid, samt måste vara daterad och undertecknad för att vara giltig.

I den mån formuläret används vid extra bolagsstämma den 10 december 2021, som genomförs endast genom poströstning, ska fullmaktsformuläret (med eventuella behörighetshandlingar) sändas till bolaget tillsammans med poströstningsformuläret.