

## FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att vid årsstämma med aktieägarna i Annexin Pharmaceuticals AB (publ), org.nr 556960-9539, företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i Annexin Pharmaceuticals 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):	

Fullmakten är giltig längst:

t.o.m. Årsstämman den 12 maj 2026

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.