

FULLMAKT

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att rösta för undertecknad aktieägares samtliga aktier i AlzeCure Pharma AB vid den extra bolagsstämman den 25 april 2024.

Uppgifter om ombudet

Ombudets namn		
ID eller org. nr.		Telefon
Postadress	Postnummer	Postort

Uppgifter om aktieägaren samt underskrift

Aktieägarens namn		
ID eller org. nr.		Telefon
Postadress	Postnummer	Postort
Ort och datum		Namnteckning

För de fall aktieägaren är en juridisk person skall fullmaktsformuläret vara undertecknat av behöriga firmatecknare. Vidare ska aktuella behörighetshandlingar (t.ex. registreringsbevis eller andra liknande dokument) biläggas formuläret.