

FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i AlzeCure Pharma AB (publ), org.nr 559094-8302, vid årsstämma i AlzeCure Pharma AB (publ) den 14 maj 2025.

Ombud

Ombudets namn	Personnummer/födelsedatum
Utdelningsadress	
Postnummer och postadress	Telefonnummer

Underskrift av aktieägaren

Aktieägarens namn	Personnummer/födelsedatum/organisationsnummer
Ort och datum	Telefonnummer
Namnteckning*	

* Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

Observera att anmälan om aktieägars deltagande vid bolagsstämman måste ske - på det sätt som föreskrivs i kallelsen - även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till AlzeCure Pharma AB, "Årsstämma", Hälsovägen 7, 141 57 Huddinge, tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren *inte* önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret naturligtvis inte skickas in.

Behandling av personuppgifter

För information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till den integritetspolicy som finns tillgänglig på Euroclears hemsida: <https://www.euroclear.com/dam/ESw/Legal/Integritetspolicy-bolagsstammor-svenska.pdf>.