

## Fullmakt

avseende årsstämma i InDex Pharmaceuticals Holding AB  
den 24 maj 2018 kl. 17:00

---

Ombudets namn

---

Personnummer

---

Utdelningsadress

---

Postnummer och postadress

---

Telefonnummer under kontorstid

---

Ombudet deltar också för egna aktier på stämman.

*Observera att fullmakten måste dateras och undertecknas.*

---

Datum

---

Fullmaktsgivarens namn/firma

---

Fullmaktsgivarens personnummer/organisationsnummer

---

Fullmaktsgivarens namnteckning (Vid firmateckning måste aktuellt registreringsbevis bifogas.)

---

Namnförtydligande

---