

FULLMAKTSFORMULÄR

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i InDex Pharmaceuticals Holding AB, org.nr 559067-6820, vid årsstämman som hålls genom poströstning den 3 juni 2021.

Ombud

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| Ombudets namn: | Personnummer: |
| Postadress: | E-post: |
| Postnummer och postort: | Telefonnummer dagtid: |

Aktieägare

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Aktieägarens namn: | Person- eller organisationsnummer: |
| Postadress: | E-post: |
| Postnummer och postort: | Telefonnummer dagtid: |
| Datum och underskrift: | Namnförtydligande: |

Fullmakten ska dateras och undertecknas för att vara giltig.

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

En kopia av fullmakten och eventuella behörighetshandlingar tillsammans med poströstningsformuläret ska skickas till InDex Pharmaceuticals Holding AB, Berzelius väg 13, 171 65 Solna eller via e-post till info@indexpharma.com så att de är bolaget tillhanda senast den 2 juni 2021.

Observera att insändandet av detta fullmaktsformulär inte gäller som anmälan till stämman. Formuläret för poströstning finns tillgängligt på bolagets hemsida www.indexpharma.com, och hålls tillgängligt på bolagets kontor.