

Fullmakt

För
(Ombudets namn)
(Ombudets personnummer)
.....
(Ombudets utdelningsadress)
(Ombudets telefon dagtid)
.....
(Ombudets postnummer)
(Ombudets postadress)

att vid LifeAssays AB:s extra bolagstämma måndagen den 30 oktober 2017 företräda
samtliga mig/oss tillhöriga aktier i bolaget.

.....
(Ort)
(Datum)

.....
(Aktieägarens namn)

.....
(Underskrift)
(Namnförtydligande)

.....
(Aktieägarens person- eller organisationsnummer)
(Aktieägarens telefon dagtid)

*Fullmakten i original och, om fullmakten utfärdas av en juridisk person, bestyrkt
registreringsbevis bör i god tid före stämman insändas till LifeAssays AB, IDEON
Science Park, Sölvegatan 43 A, 223 70 Lund, Sverige.*