

Fullmakt

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

att vid LifeAssays AB:s årsstämma tisdagen den 26 juni 2018 företräda samtliga mig/oss
tillhöriga aktier i bolaget.

.....
(Ort)
(Datum)

.....
(Aktieägarens namn)

.....
(Underskrift)
(Namnförtydligande)

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

Fullmakten i original (högst ett år gammal, utom i de fall då fullmakten enligt sin lydelse är giltig en längre tid, högst 5 år) samt eventuellt registreringsbevis bör i god tid före årsstämman insändas till LifeAssays AB, IDEON Science Park, 223 70 Lund.