

# Fullmakt

För .....  
(Ombudets namn) .....  
(Ombudets personnummer)

.....  
(Ombudets utdelningsadress) .....  
(Ombudets telefon dagtid)

.....  
(Ombudets postnummer) .....  
(Ombudets postadress)

att vid årsstämma i LifeAssays AB (publ) tisdagen den 25 juni 2019 företräda samtliga mig/oss tillhöriga aktier i bolaget.

.....  
(Ort) .....  
(Datum)

.....  
(Aktieägarens namn)

.....  
(Underskrift) .....  
(Namnförtydligande)

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

---

*Fullmakten i original bör, för att underlätta inpasseringen till stämman, senast i samband med anmälan till stämman sändas till LifeAssays AB, IDEON Science Park, Sölvegatan 43 A, 223 70 Lund, Sverige.*