

### Rösträttsfullmakt

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att utöva nedanstående aktieägars rätt vid bolagsstämma i **Alzinova AB (publ)**. Om inte annat anges nedan gäller fullmakten endast vid årsstämman 2025.

Fullmakten ska gälla till och med den (ange datum; högst fem år från fullmaktens utfärdande): \_\_\_\_\_

Fullmakten ska inte gälla för samtliga aktieägarens aktier utan för följande antal: \_\_\_\_\_

### Ombud

Namn:	Personnr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):

### Aktieägare

Namn:	Person- eller org. nr:
Postadress:	Telefonnummer (dagtid):
Ort och datum:	
Underskrift av aktieägare eller, såvitt avser juridisk person, behörig firmatecknare:	
Namnförtydligande:	

Observera att om aktieägaren är en juridisk person ska behöriga firmatecknare underteckna fullmakten och behörighetshandlingar bifogas.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till Alzinova AB c/o Fredersen Advokatbyrå, Birger Jarlsgatan 8, 114 34 Stockholm, i god tid före årsstämman.