FULLMAKTSFORMULÄR

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud, eller den han eller hon sätter i sitt ställe, att rösta för samtliga undertecknads aktier i ODI Pharma AB (publ), 559223–1392, vid årsstämma i ODI Pharma AB (publ) den 15 december 2023.

**Ombud**

|  |  |
| --- | --- |
| Ombudets namn | Personnummer/födelsedatum |
| Utdelningsadress | |
| Postnummer och postort | Telefonnummer |

**Underskrift av aktieägaren**

|  |  |
| --- | --- |
| Aktieägarens namn | Personnummer/födelsedatum/organisationsnummer |
| Ort och datum\* | Telefonnummer |
| Namnteckning/Namnförtydligande\* | |

\*Observera att fullmakten måste dateras och undertecknas. Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen och aktuellt registreringsbevis biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

Observera att anmälan om aktieägares deltagande vid årsstämma måste ske – på det sätt som föreskrivs i kallelsen – även om aktieägaren önskar utöva sin rösträtt genom ombud.

Det ifyllda fullmaktsformuläret (med eventuella bilagor) bör sändas till

ODI Pharma AB (publ), Östermalmstorg 1, 114 42 Stockholm, eller per e-post till info@odipharma.com tillsammans med anmälan om deltagande. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behöver fullmaktsformuläret naturligtvis inte skickas in.