

FULLMAKTSFORMULÄR
POWER OF ATTORNEY FORM

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Zynapp Aktiebolag (publ), org.nr 556972-0286, vid den extra bolagsstämman torsdagen den 25 juli 2019.

The shareholder stated below hereby grants the proxy stated below the right to represent and vote for the shareholder's entire shareholding in Zynapp Aktiebolag (publ), reg. no. 556972-0286, at the extraordinary general meeting on Thursday, 25 July 2019.

Ombud/Proxy

Ombudets namn/ <i>Name of the proxy:</i>	Personnummer/ <i>Personal identification number:</i>
Utdelningsadress/ <i>Postal adress:</i>	
Postnummer och postort/ <i>Postcode and post town:</i>	Telefonnummer dagtid/ <i>Daytime telephone number:</i>

Aktieägare/Shareholder

Aktieägarens namn/ <i>Name of the shareholder:</i>	Person- eller organisationsnummer/ <i>Personal identification number or corporate registration number:</i>
Utdelningsadress/ <i>Postal address:</i>	
Postnummer och postort/ <i>Postcode and post town:</i>	Telefonnummer dagtid/ <i>Daytime telephone number:</i>
Datum och underskrift/ <i>Date and signature:</i>	Namnförtydligande/ <i>Clarification of signature:</i>

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

If issued by a legal entity, the power of attorney must be signed by an authorized representative and be accompanied by a registration certificate or other documents attesting to the authority of the signatory.