

Fullmakt

avseende årsstämma i Bluefish Pharmaceuticals AB torsdagen den 23 oktober 2025 kl. 09:00

Ombudets namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och postadress

Telefonnummer under kontorstid

- **Ombudet deltar också för egna aktier på stämman.**

Observera att fullmakten måste dateras och undertecknas.

Datum

Fullmaktsgivarens namn/firma

Fullmaktsgivarens personnummer/organisationsnummer

Fullmaktsgivarens namnteckning (Vid firmateckning måste aktuellt registreringsbevis bifogas.)

Namnförtydligande