



## Fullmakt

avseende årsstämma i Bluefish Pharmaceuticals AB onsdagen den 16 maj 2018 kl. 15:00

\_\_\_\_\_  
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