

## FULLMAKT

Ombudets namn:

---

Ombudets personnummer:

---

Ombudets postadress:

---

Ombudets telefon nr (dagtid):

---

Ovan angivet ombud befullmäktigas härmed att företräda mig/oss och rösta för samtliga mina/våra aktier i IRLAB Therapeutics AB (publ), org.nr 556931-4692, vid årsstämma i IRLAB Therapeutics AB (publ) den 16 maj 2017.

Ort:

---

Datum:

---

Aktieägarens namn eller firma:

---

Aktieägarens personnr eller reg.nr:

---

Aktieägarens telefonnr (dagtid):

---

Aktieägarens underskrift:

---

Namnförtydligande:

---

Om fullmakten utfärdas av juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig(a) firmatecknare för den juridiska personen och aktuellt registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling för den juridiska personen bifogas fullmakten.

Fullmakten måste vara daterad och undertecknad samt inges/företes i original och får inte vara äldre än ett år.

För att underlätta inpassering till stämman bör fullmakten i original samt eventuellt registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling vara bolaget tillhanda under nedanstående adress i god tid före stämman.

IRLAB Therapeutics AB (publ)

Att: VD

Arvid Wallgrens Backe 20

413 46 Göteborg