

## FULLMAKTSFORMULÄR

enligt 7 kap 54 a § aktiebolagslagen

### för Årsstämma SelectImmune Pharma AB den 24 november 2021

Härmed befullmäktigas nedanstående ombud att rösta för samtliga undertecknads aktier i SelectImmune Pharma AB (publ), org.nr 559104-6874, vid bolagets årsstämma den 24 november 2021.

#### Fullmaktstagare

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| Ombudets namn          | Personnummer  |
| Utdelningsadress       |               |
| Postnummer, postadress | Telefonnummer |

#### Fullmaktsgivare

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Aktieägarens namn                      | Personnummer / Organisationsnummer |
| Ort och datum                          | Telefonnummer                      |
| Aktieägarens egenhändiga namnteckning* |                                    |

\*) Vid firmateckning ska namnförtydligande anges vid namnteckningen ovan och aktuellt registreringsbevis (eller motsvarande handling) ska biläggas det ifyllda fullmaktsformuläret.

Fullmakten ska (i) biläggas förhandsröstningsformuläret och (ii) skickas in i enlighet med instruktionen i formuläret. Om aktieägaren inte önskar utöva sin rösträtt genom ombud behövs inget fullmaktsformulär.