

RECOURS COLLECTIF EN VALEURS MOBILIÈRES DE FSD PHARMA INC. FORMULAIRE D'EXCLUSION

Ceci n'est **PAS** un formulaire de réclamation.

Les membres du groupe qui souhaitent poursuivre leur propre action ou qui ne veulent pas être liés par le résultat de cette action **DOIVENT S'EXCLURE** de l'action en remplissant ce **formulaire d'exclusion au plus tard le 22 janvier 2021 à 17h HNE.**

À : **FSD Pharma, Inc. Class Action Administration**
Trilogy Class Action Services
117 Queen Street, P.O. Box 1000
Niagara-on-the-Lake, Ontario, L0S 1J0
Télécopie : 416-342-1761
Tél : 1-877-400-1211
Courriel : optout@trilogyclassactions.ca

- Par la présente, je reconnais qu'en m'excluant, je confirme que je ne souhaite pas participer à l'Action collective FSD Pharma, Inc. ;
- Je reconnais par la présente qu'en tant que Membre du groupe, il est possible que je poursuive ma propre action en justice et/ou que je ne souhaite pas être lié par le résultat de cette action en m'excluant de celle-ci ;
- Je reconnais par la présente que si je souhaite faire valoir d'autres droits à l'encontre du défendeur en rapport avec les questions en cause dans l'action, je demanderais un avis juridique indépendant à mes propres frais.

Facultatif : Veuillez expliquer la ou les raisons de votre demande d'exclusion.

Informations commerciales : Indiquez dans l'espace ci-dessous les dates et les volumes des actions ordinaires de catégorie B de FSD Pharma, Inc. que vous avez achetées et vendues sur le marché secondaire, jusqu'au ou après le 20 septembre 2018, et que vous avez détenues en tout ou partie jusqu'à ou après la clôture de la bourse le 7 février 2019 (« **Période visée par l'action** »). Joignez des copies conformes (i) de toutes les confirmations de transactions concernant les actions pendant la Période (et dix jours après la fin de la Période), ou (ii) de tous les relevés mensuels contenant des informations sur les transactions d'actions pendant la Période (et dix jours après la fin de la Période) (« **Pièces justificatives** ») à l'Administrateur au plus tard à la **Date limite d'exclusion (le 22 janvier 2021 à 17h HNE)**.

Date :

Signature du témoin :

Signature du membre du groupe :

Nom du témoin : (Nom en caractères d'imprimerie)

Nom du membre du groupe : (Nom en caractères d'imprimerie)

Si vous remplissez ce formulaire d'exclusion au nom et pour le compte d'une société, en signant, vous reconnaissez que vous êtes un signataire autorisé.

Nom de la société :

Téléphone

Courriel :

Adresse :

Veillez noter : afin de vous exclure, ce formulaire d'exclusion doit être dûment rempli, accompagné de toutes les pièces justificatives requises spécifiées ci-dessus et reçu à l'adresse postale ou électronique ci-dessus, au plus tard à la date limite d'exclusion du 22 janvier, 2021 à 17h00 HNE.