

MAR 3-13-98

FORM PTO-1618A  
Expires 06/30/99  
OMB 0651-0027

R1  
5/28/98

06-04-1998

U.S. Department of Commerce  
Patent and Trademark Office  
TRADEMARK



100727453

RECORDATION FORM COVER SHEET  
TRADEMARKS ONLY

RECORDED

MAR 18 1998

RECEIPT ACCING. DIV.

To: The Commissioner of Patents and Trademarks: Please record the attached original document(s) or copy(ies).

Submission Type

- New
- Resubmission (Non-Recordation)  
Document ID # \_\_\_\_\_
- Correction of PTO Error  
Reel # \_\_\_\_\_ Frame # \_\_\_\_\_
- Corrective Document  
Reel # \_\_\_\_\_ Frame # \_\_\_\_\_

Conveyance Type

- Assignment
- License
- Security Agreement
- Nunc Pro Tunc Assignment  
Effective Date  
Month Day Year  
\_\_\_\_\_
- Merger
- Change of Name
- Other \_\_\_\_\_

Conveying Party

Mark if additional names of conveying parties attached

Execution Date  
Month Day Year

Name Rhone Merieux

7/31/97

Formerly \_\_\_\_\_

- Individual
- General Partnership
- Limited Partnership
- Corporation
- Association
- Other Societe par actions simplifiee (simplified stock company)
- Citizenship/State of Incorporation/Organization FRANCE

Receiving Party

Mark if additional names of receiving parties attached

Name Merial

DBA/KA/TA \_\_\_\_\_

Composed of \_\_\_\_\_

Address (line 1) 17 rue Bourgelat

Address (line 2) 69002 LYON

Address (line 3) \_\_\_\_\_

City

FRANCE

State/Country

Zip Code

- Individual
- General Partnership
- Limited Partnership
- Corporation
- Association
- Other Societe anonyme (corporation)

If document to be recorded is an assignment and the receiving party is not domiciled in the United States, an appointment of a domestic representative should be attached. (Designation must be a separate document from Assignment.)

- Citizenship/State of Incorporation/Organization FRANCE

FOR OFFICE USE ONLY

03/20/1998 TTM11 00000112 1679151 40.00 CP  
01 FC:401

Public burden reporting for this collection of information is estimated to average approximately 30 minutes per Cover Sheet to be recorded, including time for reviewing the document and gathering the data needed to complete the Cover Sheet. Send comments regarding this burden estimate to the U.S. Patent and Trademark Office, Chief Information Officer, Washington, D.C. 20231 and to the Office of Information and Regulatory Affairs, Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0651-0027), Washington, D.C. 20503. See OMB Information Collection Budget Package 0651-0027, Patent and Trademark Assignment Practice. DO NOT SEND REQUESTS TO RECORD ASSIGNMENT DOCUMENTS TO THIS ADDRESS.

Mail documents to be recorded with required cover sheet(s) information to:  
Commissioner of Patents and Trademarks, Box Assignments, Washington, D.C. 20231

**Domestic Representative Name and Address** Enter for the first Receiving Party only.

Name

Address (line 1)

Address (line 2)

Address (line 3)

Address (line 4)

**Correspondent Name and Address** Area Code and Telephone Number

Name

Address (line 1)

Address (line 2)

Address (line 3)

Address (line 4)

**Pages** Enter the total number of pages of the attached conveyance document including any attachments. #

**Trademark Application Number(s) or Registration Number(s)**  Mark if additional numbers attached  
Enter either the Trademark Application Number or the Registration Number (DO NOT ENTER BOTH numbers for the same property).

Trademark Application Number(s)			Registration Number(s)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="1679151"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Number of Properties** Enter the total number of properties involved. #

**Fee Amount** Fee Amount for Properties Listed (37 CFR 3.41): \$

Method of Payment: Enclosed  Deposit Account

Deposit Account (Enter for payment by deposit account or if additional fees can be charged to the account.)  
Deposit Account Number: #

Authorization to charge additional fees: Yes  No

**Statement and Signature**

*To the best of my knowledge and belief, the foregoing information is true and correct and any attached copy is a true copy of the original document. Charges to deposit account are authorized, as indicated herein.*

Name of Person Signing Signature Date Signed

01.08.97

**DECLARATION OF MODIFICATION**

**OF THE ENTERPRISE: Identification X**

**Body corporate**

**C69017109382**

**Principal Registration No.: RCS B 590 800 215**

**1. IDENTIFICATION/and, as necessary, NEW IDENTIFICATION as at:**

**Name: MERIAL**

**31.07.97**

**FORMER IDENTIFICATION in the event of modification:**

**Name: RHONE MERIEUX**

**HEAD OFFICES:**

**17 rue Bourgelat, 69002 LYON**

**2. LEGAL STATUS: SAS (simplified stock company)**

**PRINCIPAL ACTIVITIES OF THE ENTERPRISE:**

**Manufacture and sale of serums, vaccinations and all chemical and biological products**

**Number employed: 1200**

**3.-18. Translator's Note: There is nothing relevant to translate in these Sections.**

**19. The undersigned, Mr. Louis CHAMPEL, Chairman of the Board of Directors**

**(Signature)**

**Certified true copy**

**(Stamp of) Commercial Court of Lyon**

**(Signature) Clerk of the Court**

**(Stamp of) Lyon Chamber of**

**Commerce and Industry**

**TRADEMARK**

**REEL: 1735 FRAME: 0266**

Licence MCC  
M2  
01-08-77

**DECLARATION DE MODIFICATION**

IDENTIFICATION  CARACTÉRISTIQUES  DIRIGEANTS  TRANSFERT DE SIÈGE  DISSOLUTION   
 - MODIFICATION DE LA FORME JURIDIQUE : OUVERTURE  IDENTIFICATION  DIRIGEANTS  ACTIVITÉS  FERMETURE   
 - Autres modifications (à préciser, s'il y a lieu) : B

RCS : B 530 900 215

**PERSONNE MORALE**

N° SIRET : 65017109382  
 N° SIREN : 650171093  
 N° SIRET : 65017109382

QUELLE QUE SOIT LA FORMALITÉ, LES RUBRIQUES SUR FOND ROUGE DOIVENT OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES ET SI LA MODIFICATION CONCERNE UN ÉTABLISSEMENT, LES RUBRIQUES SUR FOND NOIR DOIVENT AUSSI ÊTRE REMPLIES

IDENTIFICATION / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION n° : 310797  
 DÉNOMINATION : MERIAL  
 SIÈGE :  
 IDENTIFICATION ANCIENNE en cas de modification :  
 DÉNOMINATION ANCIENNE : RHONE MERIEUX  
 SIÈGE :

ADRESSE (au cas de transfert, préciser l'adresse y compris le n° et le lieu, l'adresse du domicile (N°m, Prénoms ou Dénomination) :  
 17 Rue Souppelat - 69002 LYON

N° SIRET :  
 FORME JURIDIQUE : SAS (Société par actions simplifiée)  
 ACTIVITÉS EXERCÉES : Fabrication et vente de Sérums, vaccins et tous produits  
 CHIMIQUES et Biologiques

NOM COMMERCIAL :  
 CAPITAL :  
 DURÉE de la Personne Morale :  
 ou si société à capital variable, montant minimum :  
 ou en cas de sociétés anonymes à publicité annuelle de ses comptes, DATE DE CLOTURE de l'exercice social :

DIRIGEANTS et le cas échéant, ADMINISTRATEURS, COMMISSAIRES AUX COMPTES et ASSOCIÉS tenue indéfiniment et solidairement des dettes sociales, MEMBRES du GIE, LIQUIDATEURS.  
 Pour l'établissement décrit ci-dessous, s'il y a lieu, Personne(s) ayant le pouvoir d'engager par sa (leur) signature la responsabilité de l'entreprise (FONDE(S) DE POUVOIR, PROPRIÉTAIRES INDIVIS DU FONDS

IDENTIFICATION du SIÈGE N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN :	IDENTIFICATION du SIÈGE N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN :	IDENTIFICATION du SIÈGE N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN :	IDENTIFICATION du SIÈGE N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN :	IDENTIFICATION du SIÈGE N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN : N° SIRET : N° SIREN :
--	--	--	--	--

En cas de DISSOLUTION : le gérant pourrait son exploitation pour les besoins de la liquidation :  NON  préciser dans le cadre DIRIGEANTS les références du (ou des) LIQUIDATEUR(S).  
 Indiquer le titre et la date du journal d'annonces légales ayant publié la nomination du (ou des) liquidateur(s) :

En cas de TRANSFERT du SIÈGE dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFFES où sont éventuellement soucrites les immatriculations secondaires :  
 Liste à suivre sur intercalaires :  OUI  NON

En cas de MODIFICATION du CAPITAL à la suite d'une FUSION  ou d'une SÉSSION  Personnes Morales ayant participé à l'opération (Dénomination, Forme Juridique, Adresse du siège, n° RCS) :  
 Liste à suivre sur intercalaires :  OUI  NON

SI LA FORMALITÉ CONCERNE UN ÉTABLISSEMENT, LES RUBRIQUES SUR FOND NOIR DOIVENT ÊTRE OBLIGATOIREMENT REMPLIES

IDENTIFICATION / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION n° :  
 DÉNOMINATION :  
 N° SIRET :

ANCIEN ÉTABLISSEMENT en cas de transfert  
 ANCIEN LIBELLÉ DE L'ADRESSE et changement par décision du conseil municipal  
 ADRESSE :

Cet établissement est (pour l'entreprise) : nouveau  modifié  supprimé   
 CATÉGORIE(S) : siège  établissement principal  établissement secondaire   
 ENSEIGNE :

En cas de TRANSFERT du SIÈGE ou de l'ÉTABLISSEMENT, N° SIRET :  
 Si cessation d'emploi de tout salarié, date :  
 Mention d'une note de l'ancien siège :  OUI  NON

ANALYSE DE LA MODIFICATION INTERVENUE  
 En cas d'OUVERTURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION,  
 d'ADJONCTION D'ACTIVITÉ, préciser la date de la modification et l'ORIGINE :

En cas de FERMETURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION,  
 de SUPPRESSION D'ACTIVITÉ, préciser la date de la modification et la DESTINATION :

identité du PRÉCÉDENT EXPLOITANT :  
 n° RCS ou SIREN :  
 n° SIRET :  
 n° SIREN :  
 n° SIRET :  
 n° SIREN :  
 n° SIRET :  
 n° SIREN :

identité du BÉNÉFICIAIRE :  
 nom, prénom, catégorie ou dénomination, adresse du siège  
 et s'il est titulaire de la responsabilité :  OUI  NON

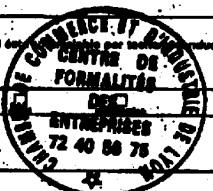
ACTIVITÉS EXERCÉES dans cet établissement au jour de la formalité :  
 permanentes  saisonnières  ambulantes  / seule  
 N° SIRET :  
 N° SIREN :  
 N° SIRET :  
 N° SIREN :

ENTREPRISES  
 72 40 86 78  
 N° SIRET :  
 N° SIREN :  
 N° SIRET :  
 N° SIREN :

Observations éventuelles du déclarant ou autres modifications :  
 N° SIRET :  
 N° SIREN :  
 N° SIRET :  
 N° SIREN :

LE SOUS-SIGNÉ : M. Jacques CHANPEL, Président

Copie certifiée conforme  
 Le Greffier



LE SOUS-SIGNÉ : M. Jacques CHANPEL, Président  
 demande d'INSCRIPTION au RCS  au RM  au RIAC  au REBA  de RADIATION au RCS  au RM  au RIAC  au REBA   
 demande de DÉCLARATION AUX SERVICES FISCAUX, AUX ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE, À L'INSEE, et s'il est au service d'un EMPLOYEUR, à l'inscription du Travail et à l'ASSÉDIE