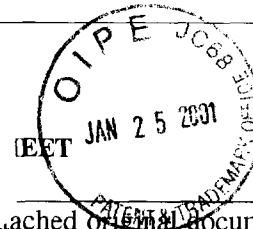


1/25/01

02-01-2001



101601629



TO: The Commissioner of Patents

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

Merger

Change of Name

Other

Effective Date  
Month Day Year  
 07 01 2000

Conveying Party

Mark if additional names of conveying parties attached

Execution Date  
Month Day Year  
 07 01 2000

Name  SCANNON S.A.

Formerly

Individual  General Partnership  Limited Partnership  Corporation  Association

Other  Societe Anonyme

Citizenship/State of Incorporation/Organization  France

Receiving Party

Mark if additional names of receiving parties attached

Name  COSMOPOLITAN COSMETICS S.A.

DBA/AKA/TA

Composed of

Address (line 1)  10 rue de Castiglione

Address (line 2)  75001

Address (line 3)  PARIS  FRANCE

City State/Country Zip Code

Individual  General Partnership  Limited Partnership  Corporation  Association

Other  Societe Anonyme

Citizenship/State of Incorporation/Organization  FRANCE

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.)

01/31/2001 DBYRNE 00000179 2210386

FOR OFFICE USE ONLY

01 FC:481

40.00 DP

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="2,210,386"/>	<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.

Geoffrey M. McNutt  
Name of Person Signing

*Geoffrey M. McNutt*  
Signature

January 25, 2001  
Date Signed

# GREFFE DU TRIBUNAL DE COMMERCE DE PARIS

## REGISTRE DU COMMERCE

DOSSIER CONTENANT 6 PHOTOCOPIES CERTIFIEES CONFORMES

DELIVREE LE : - 4 OCT 2000

LE GREFFIER ,



TRADEMARK  
REEL: 002227 FRAME: 0107

**DE CLASSEMENT DE L'ENTREPRISE :** IDENTIFICATION KKK CARACTÉRISTIQUES  DIRIGEANTS  TRANSFERT DE SIÈGE  DISSOLUTION   
**de L'ÉTABLISSEMENT :** OUVERTURE  IDENTIFICATION  DIRIGEANTS  ACTIVITÉS  FERMETURE   
Autres modifications (à préciser) : **CHANGEMENT DE DÉNOMINATION SOCIALE ET PRISE DE NOM COMMERCIAL**  
Décret n° 81-257 du 18 mars 1981 modifié créant des Centres de Formalités des Entreprises  
**NUMÉRO(S) DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE :** **93 B 10 8 36**  
**RCS :** PARIS B 338 231 756 **RM :** **93 B 10 8 36**

M Q U I D A B E F H J K T  
Doc. sociaux joints : Intercalaires joints :  
+++

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

49 108

**IDENTIFICATION / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION au :** 01/07/00  
**DÉNOMINATION :** COSMOPOLITAN COSMETICS SA  
**SIGLE :**

**IDENTIFICATION ANCIENNE en cas de modification :**  
**DÉNOMINATION :** SCANNON SA  
**SIGLE :**

**SIÈGE** (ou en cas de transfert, nouveau siège) : ADRESSE y compris s'il y a lieu, IDENTITÉ DU DOMICILIAIRE (Nom, Prénoms ou Dénomination) :  
**10 RUE DE CASTIGLIONE 75001 PARIS**

**N° SIRET :**  
**FORME JURIDIQUE :** SA  
**PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE :** BUREAUX ADMINISTRATIFS

**EFFECTIF SALARIÉ** de l'entreprise : 17700  
DATE de la modification :  
DATE de la modification :  
DATE de la modification :

**NOM COMMERCIAL :** SCANNON  
**CAPITAL** montant : 5.000.000 F ou devise ou si société à capital variable, montant minimum :  
**DURÉE** de la personne morale : ans ; en cas de société soumise à publicité annuelle de ses comptes, DATE DE CLOTURE de l'exercice social :

**DIRIGEANTS** et le cas échéant, **ADMINISTRATEURS, COMMISSAIRES AUX COMPTES et ASSOCIÉS** tenus 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.

**NOM Prénoms** ou **DÉNOMINATION** :  
**DOMICILE** ou **ADRESSE** DU SIÈGE :  
qualité ancienne (s'il y a lieu) : qualité actuelle ou nouvelle : (A) date de naissance : sépt : commune ou pays de naissance : nationalité : DATE de la modification :  
**NOM Prénoms** ou **DÉNOMINATION** :  
**DOMICILE** ou **ADRESSE** DU SIÈGE :  
qualité ancienne (s'il y a lieu) : qualité actuelle ou nouvelle : (A) date de naissance : sépt : commune ou pays de naissance : nationalité : DATE de la modification :  
**NOM Prénoms** ou **DÉNOMINATION** :  
**DOMICILE** ou **ADRESSE** DU SIÈGE :  
qualité ancienne (s'il y a lieu) : qualité actuelle ou nouvelle : (A) date de naissance : sépt : commune ou pays de naissance : nationalité : DATE de la modification :

Liste à suivre sur intercalaires(s) : OUI  NON   
En cas de DISSOLUTION : la Société poursuit son exploitation pour les besoins de la liquidation : OUI  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) : DATE de la modification :

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

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

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

**ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ** et le cas échéant **NOUVELLE IDENTIFICATION** au :  
**ADRESSE** : si différente de celle du siège (PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT s'il se corrépond avec le siège) :  
en cas de transfert, nouvelle adresse :

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

**N° SIRET :**  
Cet établissement est (pour l'entreprise) : nouveau  modifié  supprimé   
**CATÉGORIE(S)** : siège  établissement principal  établissement secondaire   
**ENSEIGNEMENT** (si applicable) :

En cas de TRANSFERT du SIÈGE ou de l'ÉTABLISSEMENT N° SIRET :  
Si cessation d'emploi de tout salarié, date : Maintien d'une activité à 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 DATE de la modification et ORIGINE :  
création  transfert  achat  apport  reprise après loc. gérance  prise en location gérance  autre (préciser)

En cas de FERMETURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION, de SUPPRESSION D'ACTIVITÉ, préciser DATE de la modification et DESTINATION :  
disparition  transfert d'activité  vente  apport  reprise par le propriétaire  mise en location gérance  autre (préciser)

Identité du PRÉCÉDENT EXPLOITANT (nom, prénom, dénomination ou dénomination, adresse du siège) :

Identité du BÉNÉFICIAIRE (nom, prénom, dénomination ou dénomination, adresse du siège) :

**N° RCS ou SIREN :**  
S'il y a lieu, date de radiation ou de modification au RCS du précédent exploitant : (à remplir éventuellement par le Greffier)  
En cas d'ACQUISITION de FONDS (par ACHAT ou APPORT) indiquer le titre et la date du journal d'annonces légales ayant publié la cession :

En cas de PRISE EN LOCATION-GÉRANCE, indiquer la durée du contrat : du au :  
et s'il est renouvelable par tacite reconduction : OUI  NON

**LIQUIDEUR** du LIQUIDEUR de FONDS : nom, prénom, dénomination ou dénomination, adresse du siège

**ACTIVITÉS EXERCÉES** dans cet établissement au jour de la formalité : permanentes  saisonnières  ambulantes  / suite à  / suite à  / suite à  d'exploitation

**ACTIVITÉ PRINCIPALE :**

**ACTIVITÉS SECONDAIRES :**

Observations éventuelles (du déclarant ou autre(s) modification(s)) :

**ADRESSE PERMANENTE :** établissement, encadrement, adresse, boîte, tour, ville, n° type libellé  
**SIÈGE SOCIAL** : adresse postale, code postal, bureau distributeur ou code

**LE SOUSSIGNÉ :** EUROFORMALITES 442 AVENUE DE PARIS 94300 VINCENNES  
demande que ce document constitue  
demande d'INSCRIPTION au RCS  , au RM  , au RSAC  , au REBA  , de RADIATION au RCS  , au RM  , au RSAC  , au REBA  ,  
et d'INSCRIPTION aux Services Fiscaux, aux Organismes de Sécurité Sociale, à l'INSEE, et s'il est ou cesse d'être EMPLOYEUR, à l'Inspection du Travail et à l'ASSEDIS



Fait à : Paris  
le : 7-8-00  
Signature : [Signature]

1° tout GIE dissolu  
2° tout PGM ou REBA  
3° tout PMSA  
Le loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux bases, s'applique aux données personnelles figurant sur les fichiers de ce formulaire.  
Les intercalaires annexés doivent être déposés dans l'ordre des numéros indiqués sur les rubriques correspondantes.

**GREFFE DU TRIBUNAL**

DE :

Paris

CODE GREFFE :

Cote réservée au Greffier

**REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS**

SIGLE :

IMMATRICULATION

- PRINCIPALE
- SECONDAIRE

INSCRIPTION

- COMPLÉMENTAIRE
- MODIFICATIVE

- CORRECTION
- RADIATION

Date d'arrivée au Greffe :

Numéro d'arrivée au Greffe :

**NOTA :**

Les Greffiers et l'Institut National de la Propriété Industrielle sont astreints et seuls habilités à délivrer à toute personne qui en fait la demande des certificats, copies ou extraits des inscriptions portées au registre et actes déposés en annexe, sauf en ce qui concerne les inscriptions radiées, qui sont communiquées dans les conditions fixées par l'arrêté (du 24 septembre 1984), prévu à l'article 88 (décret n° 84-406 du 30 mai 1984, art. 67)

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

- ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES (pièce n° 24) :
- DATE de DÉPÔT des STATUTS :
- OBSERVATIONS du GREFFIER :

**Tal de COMMERCE de PARIS**

N° dépôt

01 SEP. 2000

48379

La conformité des déclarations ci-annexées avec les pièces justificatives produites en application des règlements a été vérifiée par le Greffier soussigné qui a procédé en conséquence à l'inscription ci-dessus désignée.

DATE DE L'INSCRIPTION :  
Certifié, le Greffier

CADRE RÉSERVÉ

AU REGISTRE

NATIONAL

DU COMMERCE

ET DES SOCIÉTÉS

Numéro de référence :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RCS :

NOM OU DENOMINATION :

- INDUSTRIELLE
- DE LA PROPRIÉTÉ
- NATIONAL
- A L'INSTITUT
- CADRE RÉSERVÉ

La conformité des déclarations ci-annexées avec les pièces justificatives produites en application des règlements a été vérifiée sous notre responsabilité  
Le Président de la Chambre de Métiers

en cas de PASSAGE en COMMISSION du RÉPERTOIRE DES MÉTIERS (articles 12 et 13 du décret du 10.06.83)

Date de la transmission à la Commission de Répertoire :

Date de la notification :

Paiement de la redevance : en F. •

es espèces  chèque bancaire  chèque postal

Référence du Registre à souches : •

Affichage du •

au •

en cas de DÉCISION du PRÉSIDENT de la CHAMBRE DE MÉTIERS (article 11 du décret du 10.06.83)

Date de dépôt de la demande : •

Demande de renseignements complémentaires :

Production des renseignements demandés :

Date limite de la décision du Président : •

F.V. n° • en date du : •

Accord  Rejet

STAGE D'INITIATION A LA GESTION (article 2 de la loi du 23/7/82)

Attestation - date de délivrance : •

Dispense - motif de la dispense : •

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

DEMANDE DE RADIATION

RADIATION DE MENTION DE CONJOINT

COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)

DECLARATION DE MODIFICATION

DEMANDE D'IMMATRICULATION

INSCRIPTION DE MENTION DE CONJOINT

COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)

**RÉPERTOIRE DES MÉTIERS**

Cote réservée à la Chambre de Métiers

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RM : •

SIREN

NOM OU DENOMINATION : •

RM

Numéro de gestion :

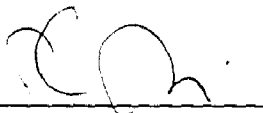
DE :

**CHAMBRE DE MÉTIERS**

I, the undersigned, Marie-Claude NIEPS, Head of the Translation Department at CABINET BEAU DE LOMENIE, 158 rue de l'Université, 75007 PARIS, FRANCE, do hereby declare that I am conversant with the English and French languages and that I am a competent translator thereof. I further declare that to the best of my knowledge and belief the following is a true and correct translation made by me of the documents in the French language attached hereto.

Je soussignée, Marie-Claude NIEPS, Responsable du Service Traduction au CABINET BEAU DE LOMENIE, 158 rue de l'Université, 75007 PARIS, FRANCE, déclare par les présentes que je connais couramment la langue anglaise et la langue française et que je suis une traductrice compétente dans ces deux langues. Je déclare de plus que pour autant que je le sache et que je le pense, ce qui suit est une traduction sincère et véritable faite par moi des documents français ci-annexés.

PARIS,



Marie-Claude NIEPS

**CABINET BEAU DE LOMENIE**  
158 rue de l'Université  
75340 PARIS CEDEX 07

**TRADE REGISTER**

**FILE CONTAINING CERTIFIED TRUE COPIES**

**ISSUED ON OCT 4 2000**

**THE REGISTRAR  
(signed)**

<b>M2</b> <b>Cerfa</b> <b>No. 90-0195</b>  Declaration presented to the CFE or Reserved to the authorized CFE	<h2 style="margin:0;">DECLARATION OF MODIFICATION</h2> <p>of the <b>COMPANY</b>: IDENTIFICATION <input checked="" type="checkbox"/> CHARACTERISTICS <input type="checkbox"/> MANAGERS <input type="checkbox"/> TRANSFER OF HEAD OFFICE <input type="checkbox"/> DISSOLUTION <input type="checkbox"/>          of the <b>ESTABLISHMENT</b>: OPENING <input type="checkbox"/> IDENTIFICATION <input type="checkbox"/> MANAGERS <input type="checkbox"/> ACTIVITIES <input type="checkbox"/> CLOSING <input type="checkbox"/>  <small>(including TRANSFER)</small>          Other modifications: if applicable) CHANGE OF COMPANY NAME AND TAKING ON A TRADE NAME       </p>	<b>M GUIDABEFHJKT</b> enclosed corporate doc: enclosed interpolate sheets:
<b>NUMBER(S) OF MAIN REGISTRATION</b> TCR PARIS B 338 231 756 <span style="margin-left: 100px;">93 B 10836</span> <small>Trade and Companies register <span style="margin-left: 100px;">siren</span> <span style="margin-left: 100px;">Crafts register</span></small>		<b>49108</b>
<b>IDENTIFICATION / if need be NEW IDENTIFICATION on: 07/01/00</b> <b>DENOMINATION: COSMOPOLITAN COSMETICS SA</b> SIGN		<b>PREVIOUS IDENTIFICATION in case of Modification:</b> <b>DENOMINATION: SCANNON SA</b> SIGN
<b>HEAD OFFICE (or if transfer, new head office): ADDRESS including if necessary the IDENTITY OF THE PAYING AGENT (Full name or Denomination):</b> 10 RUE DE CASTIGLIONE 75001 PARIS SIRET No.		
<b>LEGAL FORM: SA</b> <b>MAIN ACTIVITIES OF THE COMPANY:</b> ADMINISTRATIVE OFFICES		<small>date of modification</small> <small>date of modification</small>
<b>NUMBER OF EMPLOYEES of the company</b>		<small>date of modification</small>
<b>TRADE NAME: SCANNON</b> <b>CAPITAL amount: FF. 5,000,000</b> or if company with variable capital, minimum amount: FF. <b>DURATION of the legal entity:</b> years; if company obliged to make public its accounts, <b>DATE OF CLOSING of business year :</b>		
<b>MANAGERS and if need be, DIRECTORS, TITULAR AUDITORS and PARTNERS jointly and indefinitely responsible for the corporate debts, MEMBERS OF THE GIE LIQUIDATORS.</b> For the hereinafter described Establishment, if necessary, People allowed to assume responsibility of the company by signing (AUTHORIZED REPRESENTATIVE(S), JOINT PROPRIETORS OF THE GOODWILL).		
Full name or <b>DENOMINATION:</b> or <b>DOMICILE:</b> or <b>HEAD OFFICE ADDRESS:</b>		NEW <input type="checkbox"/> STARTING <input type="checkbox"/> MAINTAINED BUT MODIFIED <input type="checkbox"/> <small>previous position (if applicable) present or new position born on department birthplace nationality date of modification</small>
Full name or <b>DENOMINATION:</b> or <b>DOMICILE:</b> or <b>HEAD OFFICE ADDRESS:</b>		NEW <input type="checkbox"/> STARTING <input type="checkbox"/> MAINTAINED BUT MODIFIED <input type="checkbox"/> <small>previous position (if applicable) present or new position born on department birthplace nationality date of modification</small>
List to follow on interpolate sheet(s): YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
In case of <b>DISSOLUTION</b> : the company continues its business activities in view of the liquidation: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , specify in the <b>MANAGERS</b> box the references of the <b>LIQUIDATOR(S)</b> , state the title of the Journal of Legal Announcements which published the appointment of the liquidator(s).		
In case of <b>TRANSFER</b> of the <b>HEAD OFFICE</b> within the competence of another Court, state the <b>REGISTRAR'S OFFICES</b> where the secondary registrations are eventually recorded: List to follow on interpolate sheet(s): YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
In case of <b>MODIFICATION</b> of the <b>CAPITAL</b> as a result of a <b>MERGER</b> <input type="checkbox"/> or of a <b>SCISSION</b> <input type="checkbox"/> , Legal Entities having participated in the operation (Denomination, Legal Form, Head Office Address, TCR No.): List to follow on interpolate sheet(s): YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>CONCERNED ESTABLISHMENT / and if need be NEW IDENTIFICATION on:</b> <b>ADDRESS:</b> - if different from that of the head office (MAIN ESTABLISHMENT if it is the head office) - if transfer, new address:  SIRET No.: This establishment is (for the company): new <input type="checkbox"/> modified <input type="checkbox"/> suppressed <input type="checkbox"/> <b>CATEGORIES</b> head office <input type="checkbox"/> main establishment <input type="checkbox"/> secondary establishment <input type="checkbox"/> SIGN (eventually):		<b>PREVIOUS ESTABLISHMENT in case of transfer</b> <b>PREVIOUS ADDRESS if change resulting from a decision of the town council</b> <b>ADDRESS:</b>  In case of transfer of the <b>HEAD OFFICE</b> or the <b>ESTABLISHMENT</b> , SIRET No.: If an employee is not anymore employed, date: . Maintenance of an activity at the previous head office: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>ANALYSIS OF THE ENTERED MODIFICATION</b>		
In case of <b>OPENING</b> of the establishment, of <b>MODIFICATION OF THE MODE OF EXPLOITATION, OF ADDITION OF AN ACTIVITY</b> , specify the date of modification: . . . . . and <b>ORIGIN</b> :  <input type="checkbox"/> founding <input type="checkbox"/> transfer of activity <input type="checkbox"/> purchase <input type="checkbox"/> contribution <input type="checkbox"/> resumption after management leasing <input type="checkbox"/> taking on management leasing <input type="checkbox"/> other (specify)		In case of <b>CLOSING</b> of the establishment, of <b>MODIFICATION OF THE MODE OF EXPLOITATION, OF SUPPRESSION OF THE ACTIVITY</b> , specify the date of modification: . . . . . and <b>PURPOSE</b> :  <input type="checkbox"/> disappearance <input type="checkbox"/> transfer of activity <input type="checkbox"/> sale <input type="checkbox"/> contribution <input type="checkbox"/> resumption by the owner- management (specify) <input type="checkbox"/> offering for leasing <input type="checkbox"/> other (specify)
Identity of the <b>PREVIOUS OWNER</b> (full name or denomination):  TCR or SIRET No.: If need be, date of cancellation or of modification on the TCR of the previous owner:		Identity of the <b>BENEFICIARY</b> (full name, domicile or denomination, head office address):
In case of <b>ACQUISITION</b> of the <b>GOODWILL</b> (by <b>PURCHASE</b> or <b>CONTRIBUTION</b> ), state the title and the date of the Journal of Legal Announcements which published the assignment:		
In case of <b>TAKING ON MANGEMENT LEASING</b> , state the duration of the contract: from . . . . . to . . . . . and if it is renewable by tacit renewal: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Identity of the <b>GOODWILL LESSOR</b> (full name, domicile or denomination, Head Office Address):		
<b>ACTIVITIES</b> exercised in this establishment on the date of the formality: secondary <input type="checkbox"/> non secondary <input type="checkbox"/> travelling <input type="checkbox"/> / as a result of <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> of the business activities <input type="checkbox"/> <small>beginning modification end</small>		
<b>MAIN ACTIVITY:</b>		
<b>SECONDARY ACTIVITIES:</b>		
[SEAL FROM THE TRIBUNAL DE COMMERCE OF PARIS]		
Possible observations from the declarant or other modification(s):		
<b>PERMANENT ADDRESS:</b> HEAD OFFICE		
Tel:		
The undersigned: <b>EUROFORMALITES 142 AV DE PARIS 94300 VINCENNES</b> (name in full, position and address) requests that this document constitute an application for <b>REGISTRATION</b> on the TCR <input type="checkbox"/> on the CR <input type="checkbox"/> on the RSAC <input type="checkbox"/> on the REBA { }, for <b>CANCELLATION</b> on the TCR <input type="checkbox"/> on the CR <input type="checkbox"/> on the RSAC <input type="checkbox"/> on the REBA { }, and declaration for the Tax Offices, for the Social Security Organizations, for the INSEE and if it is or ceases to be an <b>EMPLOYER</b> , to the Work Inspection and to the ASSEDI		Done in: Vincennes on: 08/07/00 signature(s): signed



Side reserved for the Registrar

COURT REGISTRY OF: PARIS	Reference Number
	REGISTRATION NUMBER ON THE TCR: DENOMINATION:
REGISTRAR CODE:	SIGN:

# TRADE AND COMPANIES REGISTER

<input type="checkbox"/> MAIN	<input type="checkbox"/> ADDITION	<input type="checkbox"/> CORRECTION
REGISTRATION	RECORDAL	
<input type="checkbox"/> SECONDARY	<input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATION	<input type="checkbox"/> CANCELLATION

Arrival date at the Registry:	Arrival number at the Registry:
-------------------------------	---------------------------------

**NOTA:**

The Registrars and the INPI are compelled to deliver, and only they are authorized to do so, to anyone who requests, the certificates, copies or extracts of the recordals entered on the Register and acts filed as an appendix, except where the recordals which have been cancelled are concerned, and which are communicated within the conditions fixed by the Statute Order (of September 24, 1984), provided for in Article 88 (decree No. 84-406 of May 30, 1984, Article 67).

DOCUMENTS IN PROOF:  
 CONTROLLED ACTIVITIES (document No. 24):  
 FILING DATE OF THE ARTICLES OF INCORPORATION:  
 OBSERVATIONS OF THE REGISTRAR:

*[seal from the  
 TRIBUNAL DE COMMERCE OF PARIS  
 Filing No. SEPT 01 2000  
 48379]*

<i>The conformity of the declarations herein enclosed, with documents in proof produced in appliance of the regulations, has been checked by the undersigned Registrar, who has consequently proceeded with the recordal designated above.</i>	SPACE RESERVED FOR THE NATIONAL TRADE AND COMPANIES REGISTER