

07-13-2001



101776658

RECORDATION FORM COVER SHEET
TRADEMARKS ONLY



7.9.01

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

Merger

Change of Name

Other CHANGE OF LEGAL ENTITY

Effective Date
Month Day Year
06 20 97

Conveying Party Mark if additional names of conveying parties attached

Name RHONE MERIEUX Execution Date
Month Day Year
06 20 97

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 RHONE MERIEUX SAS

DBA/AKA/TA _____

Composed of _____

Address (line 1) 17 RUE BOURGELAT

Address (line 2) _____

Address (line 3) 69002 LYON FRANCE _____
City State/Country Zip Code

Individual General Partnership Limited Partnership Corporation Association

Other SOCIETE PAR ACTIONS SIMPLIFIEE

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.)

07/12/2001 LINDLER 00000166 824355

FOR OFFICE USE ONLY

01 FC:441

40.00 DP

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text" value="824,355"/>	<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.

BREWSTER TAYLOR

Name of Person Signing



Signature

JULY 9, 2001

Date Signed

M2 cerfa
 N° 90-0195
 Déclaration présentée au CFE le
30/06/97
 réservé au CFE complet

Le présent formulaire est à compléter dans son intégralité au CFE, et est indissociable sauf cas particulier prévu par le décret n° 81-257 du 18/03/81 (à voir avec le CFE).

DECLARATION DE MODIFICATION

De L'ENTREPRISE : IDENTIFICATION CARACTÉRISTIQUES DIRIGEANTS TRANSFERT de SIÈGE DISSOLUTION
 (à compléter si IDENTIFICATION)

De L'ÉTABLISSEMENT : OUVERTURE IDENTIFICATION DIRIGEANTS ACTIVITÉS FERMETURE
 (Y compris TRANSFERT)

Autres modifications (à préciser, s'il y a lieu) :

Décret n° 81-257 du 18 mars 1981 modifié créant des Centres de Formalités des Entreprises
NUMÉROS DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE
 RCS - **8590 800 215** - RM
 Répertoire du Commerce et des Sociétés SIREN Répertoire des Métiers

PERSONNE MORALE
 réservé au CFE complet
269017090343
 M G U I D A B E F H J K T
 Doc. sociaux (émis) : Intercaféral 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

IDENTIFICATION / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION au :

DÉNOMINATION : RHONE MERIEUX **SIGLE :**

SIÈGE (ou en cas de transfert, nouveau siège) **ADRESSE** y compris s'il y a lieu, l'IDENTITÉ DU DOMICILIAIRE (Nom, Prénoms ou Dénomination) :
 17 Rue Bougplat 69002 LYON

N° SIRET :

FORME JURIDIQUE : SAS (Société par Actions Simplifiée)
PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE : fabrication et vente de sérums, vaccins et tous produits chimiques et biologiques

NOM COMMERCIAL : Idem

CAPITAL montant : 153 635 400 F ou devise
DURÉE de la Personne Morale : ans ; en cas de société soumise à publicité annuelle de ses comptes, **DATE DE CLOTURE** de l'exercice social : F ou devise

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 (FONDÉ(S) DE POUVOIR), PROPRIÉTAIRES INDIVIS DU FONDS

ou **NOM, Prénoms** :
 ou **DÉNOMINATION** :
 ou **DOMICILE** :
 ou **ADRESSE** DU SIÈGE :

qualité ancienne (s'il y a lieu) qualité actuelle ou nouvelle date de naissance dépt commune ou pays de naissance nationalité DATE de la modification

ou **NOM, Prénoms** :
 ou **DÉNOMINATION** :
 ou **DOMICILE** :
 ou **ADRESSE** DU SIÈGE :

qualité ancienne (s'il y a lieu) qualité actuelle ou nouvelle date de naissance dépt commune ou pays de naissance nationalité DATE de la modification

ou **NOM, Prénoms** :
 ou **DÉNOMINATION** :
 ou **DOMICILE** :
 ou **ADRESSE** DU SIÈGE :

qualité ancienne (s'il y a lieu) qualité actuelle ou nouvelle date de naissance dépt commune ou pays de naissance nationalité DATE de la modification

Liste à suivre sur intercaféral(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) :

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 intercaféral(s) : OUI NON

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

1^{er} feuillet CFE complet
 2^e feuillet RCS/RM REBA/RSAC
 3^e feuillet PMS/PMI

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

ÉTABLISSEMENT CONCERNE / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION au :

ADRESSE : si différente de celle du siège (PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT s'il se confond avec le siège)
 en cas de transfert, nouvelle adresse

N° SIRET :

Cet établissement est (pour l'entreprise) : nouveau modifié supprimé

CATÉGORIE(S) : siège établissement principal établissement secondaire

ENSEIGNE :

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 d'activité achat apport reprise après loc. prise en location 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 autre (préciser)

Identité du **PRÉCÉDENT EXPLOITANT** :
 nom, prénom ou dénomination

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 Grefier)

En cas d'**ACQUISITION** DU 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

Identité du **LOUEUR** DU FONDS :
 nom, prénom, domicile ou dénomination, adresse de siège

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

ACTIVITÉ PRINCIPALE :

ACTIVITÉS SECONDAIRES :

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

ADRESSE PERMANENTE pour la correspondance : bâtiment, escalier, entrée, bloc, tour voie : n° type étalab
 commune code postal bureau distributeur ou centre tél. : 74602354

LE SOUSSIGNÉ : M. M. CHANDEL, Président RHONE MERIEUX

Le Grefier :



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 déclaration 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'ASSEDIC.

Personne physique (sauf liquidateur) : Date, lieu de naissance, nationalité ; si le conjoint ou associé est étranger : référence du titre de séjour ou carte de séjour ; si l'associé est marié : date et lieu du mariage ; régime matrimonial et clauses contractuelles éventuelles ; pour chaque membre du GIE : n° RCS ou RM, et s'il est marié, nom du conjoint, date et lieu du mariage ; régime matrimonial et clauses contractuelles éventuelles.
Personne morale : Forme juridique, nom et prénoms du représentant permanent ; nom et adresse du siège ; n° RCS ou RM ;
Partant : en cas de GERANT et/ou ASSOCIÉ membre de SARL, ASSOCIÉ de SNC ou SCS, préciser sa date de naissance.

Fait à :
 le :
 signature :

Attention :
 toutes les
 signatures
 doivent être
 certifiées
 conformes

30.06.97

DECLARATION OF MODIFICATION

OF THE ENTERPRISE: Identification X Body corporate
C69017090343

Principal Registration No.: RCS B 590 800 215

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

Name: RHONE MERIEUX

HEAD OFFICES:

17 rue Bourgelat, 69002 LYON

2. LEGAL STATUS: SAS (simplified stock company)

Principal activities of the enterprise:

Date of modification: 20.6.97

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

3. COMMERCIAL NAME: idem

CAPITAL: 153 635 400 F

4.-17. Translator's Note: There is nothing relevant to translate in these Sections.

18. Permanent address: Tel. 74 60 23 54

19. The undersigned, Mr. Louis CHAMPEL, Chairman of the Board of Directors of RHONE-MERIEUX

(Signature)

Certified true copy

(Stamp of) Commercial Court of Lyon

(Signature) Clerk of the Court