TRADEMARK ASSIGNMENT

Electronic Version v1.1
Stylesheet Version v1.1

SUBMISSION TYPE:	NEW ASSIGNMENT
NATURE OF CONVEYANCE:	Change of Address

CONVEYING PARTY DATA

Name	Formerly	Execution Date	Entity Type
FOURNIER INDUSTRIE ET SANTE		06/15/2000	societe anonyme: FRANCE

RECEIVING PARTY DATA

Name:	FOURNIER INDUSTRIE ET SANTE
Street Address:	42 rue de Longvic
City:	Chenove
State/Country:	FRANCE
Postal Code:	21300
Entity Type:	societe anonyme: FRANCE

PROPERTY NUMBERS Total: 1

Property Type	Number	Word Mark
Registration Number:	2300674	TRICOR

CORRESPONDENCE DATA

Fax Number: (248)594-0610
Correspondence will be sent via US Mail when the fax attempt is unsuccessful.
Phone: 248.594-0649
Email: mmlo@raderfishman.com
Correspondent Name: Mary Margaret L. O'Donnell
Address Line 1: Rader, Fishman & Grauer PLLC
Address Line 2: 39533 Woodward Ave., Ste. 140
Address Line 4: Bloomfield Hills, MICHIGAN 48304

ATTORNEY DOCKET NUMBER:	65902-0085

DOMESTIC REPRESENTATIVE

Name:
Address Line 1:
Address Line 2:

CH $40.00 2300674

Address Line 3:
Address Line 4:

NAME OF SUBMITTER:	Tracy L. Zawaski

Total Attachments: 7
source=Address change#page1.tif
source=Address change#page2.tif
source=Address change#page3.tif
source=Address change#page4.tif
source=Address change#page5.tif
source=Address change#page6.tif
source=Address change#page7.tif

Cote réservé au Greffier

GREFFE DU TRIBUNAL

DE :

CODE GREFFE :

REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS

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 :

POUR COPIE CERTIFIÉE CONFORME

LE CHEF DE DÉPARTEMENT

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 :

SIGLE :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RCS :

NOM OU DÉNOMINATION :

RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

☐ DEMANDE D'IMMATRICULATION
☐ INSCRIPTION DE MENTION DE CONJOINT
COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)

☐ DÉCLARATION DE MODIFICATION

☐ DEMANDE DE RADIATION
☐ RADIATION DE MENTION DE CONJOINT
COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)

STAGE D'INITIATION A LA GESTION
(article 2 de la loi du 23/12/82)

Attestation - date de délivrance : •

Dispense - motif de la dispense :

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 :

en cas de PASSAGE en COMMISSION du REPERTOIRE 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 •

☐ espèces ☐ chèque bancaire ☐ chèque postal

Référence du Registre à souches : •

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

Production des renseignements demandés :

Date limite de la décision du Président : •

DÉCISION DU PRÉSIDENT :

P.V. n° • en date du : •

☐ Accord ☐ Rejet

Affichage du • au •

La conformité des déclarations ci-annexées avec les pièces justificatives produites en application des règlements a été vérifiée sous notre responsabilité

DATE DE L'INSCRIPTION,

Le Président de la Chambre de Métiers :

CADRE RÉSERVÉ A L'INSTITUT NATIONAL DE LA PROPRIÉTÉ INDUSTRIELLE

CHAMBRE DE MÉTIERS

DE :

Cote réservé à la Chambre de Métiers

Numéro de gestion :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RM : • SIREN • RM •

NOM OU DÉNOMINATION :

TRADEMARK

REEL: [redacted]

Liasse MC

M2 cerfa
N° 90-0195
déclaration présentée au CFE le : 05/01/00
réservé au CFE compétent

La liasse doit être adressée dans son intégralité au CFE, elle 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 et/ou complément D'IDENTIFICATION ☐ CARACTÉRISTIQUES ☐ DIRIGEANTS ☐ TRANSFERT de SIÈGE ☒ DISSOLUTION ☐

de L'ETABLISSEMENT : OUVERTURE ☐ IDENTIFICATION (Y COMPRIS TRANSFERT) ☐ DIRIGEANTS ☐ ACTIVITÉS ☐ FERMETURE ☐

- **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
NUMÉRO(S) DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE

RCS . DIJON (Registre du Commerce et des Sociétés) . 015450132 (SIREN) . RM . (Répertoire des Métiers)

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.

(1) **IDENTIFICATION** / et le cas échéant **NOUVELLE IDENTIFICATION** au : .
DENOMINATION : FOURNIER INDUSTRIE ET SANTE
SIGLE : FIS

IDENTIFICATION ANCIENNE en cas de modification :
DÉNOMINATION :

SIEGE (ou en cas de transfert, nouveau siège) : ADRESSE y compris s'il y a lieu, l'**IDENTITÉ DU DOMICILIATAIRE** (Nom, Prénoms ou Dénomination) :
CHENOVE (21300) 42, rue de la poste

N° SIRET : 015450132 00033

(2) **FORME JURIDIQUE** : SA
(et activité principale s'il y a lieu)
PRINCIPALES ACTIVITES DE L'ENTREPRISE : Activité Immobilière - Participations et Placements financiers

EFFECTIF SALARIE de l'entr
au jour de la formalité

(3) NOM COMMERCIAL :
CAPITAL montant : 80 902 000 F (jusqu'au) , F ou devise ou si société à capital variable, montant minimum : . F ou
DURÉE de la Personne Morale : 31/12/2073 ans ; en cas de société soumise à publicité annuelle de ses comptes, DATE DE CLOTURE de l'exercice social :

(4) - DIRIGEANTS et le cas échéant, ADMINISTRATEURS, COMMISSAIRES AUX COMPTES et ASSOCIÉS tenus indéfiniment et solidairement des dettes sociales, M
- 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)

ou NOM Prénoms / DENOMINATION : LE LOUS Jean François
ou DOMICILE / ADRESSE DU SIÈGE : DIJON (21000) 15, avenue Victor Hugo
. qualité ancienne (s'il y a lieu) .. PDG ou CA qualité actuelle ou nouvelle . ® . 18.09.29 date de naissance . PLOUBAZLANNOU dépt. commune ou pays de naissance . F nationalité

ou NOM Prénoms / DENOMINATION : MASOIE Bernard
ou DOMICILE / ADRESSE DU SIÈGE : Paris 16e 23, rue Poussin = Nreau dcle
. qualité ancienne (s'il y a lieu) .. ADM qualité actuelle ou nouvelle . ® . 14.08.39 date de naissance . 75 dépt. PARIS 9e commune ou pays de naissance . F nationalité

ou NOM Prénoms / DENOMINATION : LE LOUS France Jeanne Lucienne - MASOIE
ou DOMICILE / ADRESSE DU SIÈGE : 4B Chemin des Contenvies - 1295 - TANNAY - Canton de Vaud - C.H. - Nreau dcl
. qualité ancienne (s'il y a lieu) .. qualité actuelle ou nouvelle . ® . 11.10.38 date de naissance . 75 dépt. PARIS 5e commune ou pays de naissance . F nationalité

Liste à suivre sur intercalaire(s) : OUI ☐ NON ☒

(5) 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 (c
indiquer le titre et la date du journal d'annonces légales ayant publié la nomination du (ou des) liquidateur(s) :

(6) En cas de TRANSFERT du SIEGE dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFFES ou sont éventuellement souscrites les immatriculations secondaires :

Liste à suivre sur intercalaire(s) : OUI ☐ NON ☐

(7) 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 Juridiq

Liste à suivre sur intercalaire(s) : OUI ☐ NON ☐

(8)

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

(9) **ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ** / et le cas échéant **NOUVELLE IDENTIFICATION** au : • 15-06-2000

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

42, rue de Longvic
21300 CHENOVE

N° SIRET :

(9) ANCIEN ÉTABLISSEMENT en cas de transfert
ANCIEN LIBELLÉ DE L'ADRESSE si changement par décision d
ADRESSE :
38, avenue Hoche 75008 Paris

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

En cas de TRANSFERT du SIÈGE ou de l'ÉTABLISSEMENT, N° SIR
Si cessation d'emploi de tout salarié, date : • • Maintien

ANALYSE DE LA MODIFICATION INTERVENUE

(11) En cas d'OUVERTURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION, d'ADJONCTION D'ACTIVITÉ, préciser • 15-06-2000 DATE de la modification • et ORIGINE :

☐ création ☒ transfert d'activité ☐ achat ☐ apport ☐ reprise après loc. gérance ☐ prise en location gérance ☒ autre (préciser) Cet établissement était déjà connu en tant que Principal

Identité du PRÉCÉDENT EXPLOITANT : nom, prénoms 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 Greffier)

(12) En cas de FERMETURE de l'établissement, de MODIFICAT de SUPPRESSION D'ACTIVITÉ, préciser • 15-06-2000 DATE de la modification • et D

☐ disparition ☒ transfert d'activité ☐ vente ☐ apport ☐ reprise par le propriétai

Identité du BÉNÉFICIAIRE : nom, prénoms, domicile ou dénomination, adresse du Siège

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

Identité du LOUEUR du FONDS : nom, prénoms, domicile ou dénomination, adresse du siège

(13) ACTIVITÉS EXERCÉES dans cet établissement au jour de la formalité : à remplir seulement si cet établissement est nouveau ou si ses activités ont été modifiées. permanentes ☐ saisonnières ☐ ambulant ☐ / suite à ☐ début mo

(14) **ACTIVITÉ PRINCIPALE** :

ACTIVITÉS SECONDAIRES :

(15)

(16)

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

(18) ADRESSE PERMANENTE : pour la correspondance
bâtiment, escalier entrée, bloc, tour, voie : n° 42 type rue libellé Longvic
commune code postal 21300 bureau distributeur ou cedex CHENOVE

(19) LE SOUSSIGNÉ : LE LOUS Jean - Président - Directeur Général
nom patronymique, nom d'usage, prénoms, - en cas de mandataire, préciser également ses qualités et adresse.

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

Ⓐ - **NOUVEAU** (ou **MAINTENU** en cas de transfert du siège dans un autre greffe ou autre Chambre de Métiers), préciser :
PERSONNE PHYSIQUE (sauf liquidateurs) : Date, lieu de naissance, nationalité ; si le dirigeant ou associé est étranger : référence du titre de séjour ou carte de commerçant ; si l'associé est marié : date et lieu du mariage, régime matrimonial, et clauses contractuelles éventuelles, pour chaque membre du GIE : n° RCS et/ou RM, et s'il est marié, nom du conjoint, date et lieu du mariage, régime matrimonial et clauses contractuelles éventuelles. En cas de GÉRANT et/ou ASSOCIÉ majoritaire de SARL, ASSOCIÉ de SNC ou SCS, notamment, joindre un docum
PERSONNE MORALE : Forme juridique, nom et prénoms du représentant permanent ; pour chaque membre du GIE : n° RCS et/ou RM
PARTANT : En cas de GÉRANT et/ou ASSOCIÉ majoritaire de SARL, ASSOCIÉ de SNC ou SCS, préciser sa date de naissance.

TRADEMARK
REEL: 002932 FRAME: 0391

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, 30 AOUT 2004

Marie-Claude NIEPS

CABINET BEAU DE LOMENIE
158 rue de l'Université
75340 PARIS CEDEX O7

TRADEMARK
REEL: 002939 FRAME: 0000

Extract from the minutes of the Registry
Of the Commercial Court of DIJON

COURT REGISTRY OF : DIJON

REGISTRY NUMBER: 21 -04

: Reference Number : 54 B 75

REGISTRATION NUMBER : **DIJON B 015 450 752**
DENOMINATION: **FOURNIER INDUSTRIE ET SANTE**

SIGN : **FIS**

TRADE AND COMPANIES REGISTER

REGISTRATION	( ) MAIN	RECORDAL	( )	ADDITION	( ) CORRECTION
	( ) SECONDARY		(X)	MODIFICATION	( ) CANCELLATION

Arrival date at the Registry: **07/13/2000**

Arrival number at the Registry: **16251**

N O T A: 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 appendixe, 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).

[seal from the TRIBUNAL DE COMMERCE - REGISTRY]

OBSERVATIONS OF THE REGISTRAR:

CONTROLLED ACTIVITIES:

DOCUMENTS IN PROOF:

FILING DATE OF THE ARTICLES OF INCORPORATION: FILING NR A1837 OF 07/11/2000

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. RECORDAL DATE: *07/13/2000* *Certified by the Registrar* *[seal from the TRIBUNAL DE COMMERCE OF NANTERRE (Côte d'Or)]*		SPACE RESERVED FOR THE NATIONAL TRADE AND COMPANIES REGISTER	

FOR CERTIFIED TRUE COPY
THE REGISTRAR

TRADEMARK

M2 Cerfa No. 90-0195
Declaration presented to the CFE on 07/05/00
Reserved to the authorized CFE

DECLARATION OF MODIFICATION

of the COMPANY: IDENTIFICATION ☐ CHARACTERISTICS ☐ MANAGERS ☐ TRANSFER OF HEAD OFFICE ☒ DISSOLUTION ☐

of the ESTABLISHMENT: OPENING ☐ IDENTIFICATION ☐ (including TRANSFER) MANAGERS ☐ ACTIVITIES ☐ CLOSING ☐

Other modifications (if applicable):

NUMBER(S) OF MAIN REGISTRATION

TCR *DIJON 015 450 752* (Trade and Companies register) siren CR (Crafts register)

Extract from the minutes of the Registry of the Commercial Court of DIJON

IDENTIFICATION / if need be NEW IDENTIFICATION on:
DENOMINATION: *FOURNIER INDUSTRIE ET SANTE*
SIGN *FIS*

PREVIOUS IDENTIFICATION in case of Modification:
DENOMINATION:

HEAD OFFICE (or if transfer, new head office): ADDRESS including if necessary the IDENTITY OF THE PAYING AGENT (Full name or Denomination):
CHENOVE (21300) 42, rue de Longvic
SIRET No. *015 450 752 00033*

LEGAL FORM: *Société Anonyme*
MAIN ACTIVITIES OF THE COMPANY: *REAL ESTATE ACTIVITY – FINANCIAL INVESTMENTS AND CONTRIBUTIONS*
NUMBER OF EMPLOYEES of the company *6*

TRADE NAME:
CAPITAL amount: FF. *80.902,000* or if company with variable capital, minimum amount: FF.
DURATION of the legal entity: *until 12/31/2083* years; if company obliged to make public its accounts, DATE OF CLOSING of business year: *12/31*

MANAGERS and if need be, DIRECTORS, TITULAR AUDITORS and PARTNERS jointly and indefinitely responsible for the corporate debts, MEMBERS OF THE GIE, LIQUIDATORS.

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 *LE LOUS Jean François*
or DENOMINATION:
DOMICILE
NEW ☐

or HEAD OFFICE ADDRESS: *DIJON (21000), 75, avenue Victor Hugo*

previous position (if applicable)	present or new position	born on	department	birthplace	nationality
	Chairman of the Board of Directors	*09/18/12*	*29*	*PLOUGASNOU*	*French*

Full name *MAJOIE Bernard*
or DENOMINATION:
DOMICILE
NEW ☐

or HEAD OFFICE ADDRESS: *23, rue Poussin, 75016 Paris (illegible)*

previous position (if applicable)	present or new position	born on	department	birthplace	nationality
	director	*08/14/39*	*75*	*75009 Paris*	*French*

Full name *LE LOUS France Jeanne Lucienne MAJOIE*
or DENOMINATION:
DOMICILE
NEW ☐

or HEAD OFFICE ADDRESS: *JB Etienne des Couleuvres 1295 TANAY - Canton de Vaud – SWITZERLAND (illegible)*

previous position (if applicable)	present or new position	born on	department	birthplace	nationality
		12/11/38	*75005*	*PARIS*	*French*

List to follow on interpolate sheet(s): YES ☐ NO ☒

In case of DISSOLUTION: the company continues its business activities in view of the liquidation: YES ☐ NO ☐, specify in the MANAGERS box the references of the LIQUIDATOR(S), state the title and t
Announcements which published the appointment of the liquidator(s): *[SEAL OF THE NATIONAL INSTITUTE OF INDUSTRIAL PROPERTY - NATIONAL TRADE AND COMPANIES REGISTER]*

In case of TRANSFER of the HEAD OFFICE within the competence of another Court, state the REGISTRAR'S OFFICES where the secondary registrations are eventually recorded:
List to follow on interpolate sheet(s): YES ☐ NO ☐

In case of MODIFICATION of the CAPITAL as a result of a MERGER ☐ or of a SCISSION ☐, Legal Entities having participated in the ope[illegible], Head Office Address, TCR No.):

TRADEMARK
REEL: 002932 FRAME: 0394

• if transfer, new address:
42, rue de Longvic
21300 CHENOVE

PREVIOUS ADDRESS if change resulting from a decision of the town council
ADDRESS:
38, avenue Hoche 75008 Paris

This establishment is (for the company): new ☐ modified ☒ suppressed ☐ SIRET No.:

CATEGORIES: head office ☒ main establishment ☒ secondary establishment ☐

In case of transfer of the HEAD OFFICE or of the ESTABLISHMENT, SIRET No.:

SIGN (eventually):

If an employee is not anymore employed, date: Maintenance of an a head office: YES [

ANALYSIS OF THE ENTERED MODIFICATION

In case of OPENING of the establishment, of MODIFICATION OF THE MODE OF EXPLOITATION, OF ADDITION of an ACTIVITY,

specify the date of modification: *06/15/2000* and ORIGIN:

☐ founding ☒ transfer of activity ☐ purchase ☐ contribution ☐ resumption after management leasing ☐ taking on management leasing ☒ *This establishment* other *was already* (specify) *known as the main establishment*

Identity of the PREVIOUS OWNER (full name or denomination):

TCR or SIREN No.:

If need be, date of cancellation or of modification on the TCR of the previous owner:

In case of CLOSING of the establishment, of ~~MODIFICATION~~ OF THE MODE OF EXPLOITA

specify the date of modification: *06/15/2000* and PURPOSE:

☐ disappearance ☒ transfer of activity ☐ sale ☐ contribution ☐ resumption by the owner

Identity of the BENEFICIARY (full name, domicile or denomination, head office address):

In case of ACQUISITION of the GOODWILL (by PURCHASE or CONTRIBUTION), state the title and the date of the Journal of Legal Announcements which published the assignment:
In case of TAKING ON MANAGEMENT LEASING, state the duration of the contract: from to and if it is renewable by tacit renew

Identity of the GOODWILL LESSOR (full name, domicile or denomination, Head Office Address):

ACTIVITIES exercised in this establishment on the date of the formality : sedentary ☐ non sedentary ☐ ☐ travelling /as a result of ☐ beginning ☐ modification ☐ end

MAIN ACTIVITY:

SECONDARY ACTIVITIES:

FOR CERTIFIED TRUE COPY
THE REGISTRAR
[seal from the TRIBUNAL DE COMMERCE OF NANTERRE (Côte d'Or)]

Possible observations from the declarant or other modification(s):

PERMANENT ADDRESS: *42, rue de Longvic, 21300 CHENOVE*
Tel:

The undersigned: *LE LOUS Jeanne – MANAGING DIRECTOR*
(name in full, position and address)

requests that this document constitute an application for REGISTRATION on the TCR ☒, on the CR ☐, on the RSAC ☐, on the REBA ☐,
for CANCELLATION on the TCR ☐, on the CR ☐, on the RSAC ☐, 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 EMPLOYER, to the Work Inspection and to the ASSEDIC

Done in:
on: *06/20*
signature