

TRADEMARK ASSIGNMENT

Electronic Version v1.1
 Stylesheet Version v1.1

SUBMISSION TYPE:	NEW ASSIGNMENT
NATURE OF CONVEYANCE:	CHANGE OF NAME

CONVEYING PARTY DATA

Name	Formerly	Execution Date	Entity Type
CryoCath LP		04/15/2009	LIMITED PARTNERSHIP: CANADA

RECEIVING PARTY DATA

Name:	Medtronic CryoCath LP
Street Address:	16771 Chemin Ste-Marie
City:	Kirkland
State/Country:	CANADA
Postal Code:	H9H 5H3
Entity Type:	LIMITED PARTNERSHIP: CANADA

PROPERTY NUMBERS Total: 12

Property Type	Number	Word Mark
Registration Number:	2314933	CRYOCATH
Registration Number:	2498756	FREEZOR
Registration Number:	2632905	
Registration Number:	2724609	FROSTLINE
Registration Number:	2832235	ARCTIC CIRCLER
Registration Number:	2840478	CRYOVASC
Registration Number:	3181406	ARCTIC FRONT
Registration Number:	3313111	FLEXCATH
Serial Number:	77636593	PERMAFROST
Serial Number:	78914114	POLARECLIPSE
Serial Number:	78705951	ARCTIC FOX
Serial Number:	78705973	ARCTIC FORCE

CORRESPONDENCE DATA

900138597

**TRADEMARK
 REEL: 004024 FRAME: 0150**

CH \$315.00 2314933

Fax Number: (763)505-2530
Correspondence will be sent via US Mail when the fax attempt is unsuccessful.
Phone: 763.505.2526
Email: trademark@medtronic.com
Correspondent Name: Cindy Evenson
Address Line 1: 710 Medtronic Parkway
Address Line 4: Minneapolis, MINNESOTA 55432-5604

ATTORNEY DOCKET NUMBER:	T1700US LG10127.L25
-------------------------	---------------------

DOMESTIC REPRESENTATIVE

Name: Medtronic, Inc.
Address Line 1: 710 Medtronic Parkway
Address Line 2: LC 340
Address Line 4: Minneapolis, MINNESOTA 55432-5604

NAME OF SUBMITTER:	Cindy L. Evenson
--------------------	------------------

Signature:	/Cindy L. Evenson/
------------	--------------------

Date:	07/14/2009
-------	------------

Total Attachments: 1
source=MDT Cryocath Inc to MDT Cryocath LP (N2)#page1.tif

Print clearly in CAPITAL LETTERS / Écrivez clairement en LETTRES MAJUSCULES

Page 1 of / de 1

1. Declaration Type Type de déclaration	A. <input checked="" type="checkbox"/> New Nouvelle	B. <input checked="" type="checkbox"/> Name Change Modification de la raison sociale	C. <input type="checkbox"/> Change (other than name change) Changement (autre que modification de la raison sociale)
D. <input type="checkbox"/> Renewal Without Name Change Renouvellement sans modification de la raison sociale	E. <input type="checkbox"/> Renewal With Name Change Renouvellement avec modification de la raison sociale	F. <input type="checkbox"/> Dissolution Dissolution	G. <input type="checkbox"/> Withdrawal Retrait
Enter the Business Identification Number (BIN) for all Declaration Types except Type A. Entrez le n° d'identification de l'entreprise (NIE) pour tous les types de déclaration, sauf pour le type A.		BIN (Business Identification No.) NIE n° d'identification de l'entreprise 181150376	

2. Firm Name / Raison sociale de la société en commandite

MEDTRONIC CRYOCATH LP

3. Mailing Address Adresse postale	Street No. / No. de rue 199	Street Name / Nom de la rue BAY STREET	Suite No. / Numéro st. 5300
	City / Ville TORONTO	Province / Province ONTARIO	Country / Pays CANADA
			Postal Code / Code postal M5L 1B9

4. Address of Principal Place of Business in Ontario / Adresse de l'établissement principal en Ontario

- Same as above / comme ci-dessus
- Extra-Provincial Limited Partnership without business address in Ontario / Société en commandite extraprovinciale sans établissement en Ontario

Street No. / No. de rue	Street Name / Nom de la rue	Suite No. / Numéro st.	Postal Code / Code postal
City / Ville	Province / Province	Country / Pays	Postal Code / Code postal
	ONTARIO	CANADA	

5. General Nature of Business / Nature générale de l'activité exercée

CATHETER CRYOTHERAPY PRODUCTS

6. Information Regarding General Partner(s) / Renseignements sur le ou les commandités

(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Address / Adresse
(B) Corporation / Entreprise par actions / Partnership / Société en commandite	Number of General Partners / Nombre de commandités	
7070951 CANADA INC.	003038344	
Street No. / No. de rue	Street Name / Nom de la rue	Suite No. / Numéro st.
199 BAY STREET		5300
City / Ville	Province / Province	Country / Pays
TORONTO	ONTARIO	CANADA
		Postal Code / Code postal M5L 1B9
Signature / Signature		<input type="checkbox"/>
Laura Cameron-Brooksbank		
For a new Declaration, name change or renewal, Item 6 must be completed and signed by all the general partners or their attorneys. If there is more than one general partner, set out the total number of partners in the box and attach additional schedule(s) / Pour une nouvelle Déclaration, une modification de la raison sociale ou un renouvellement, il faut remplir la section 6 pour chaque commandité, et chaque commandité ou son procureur doit signer la section 6. S'il y a plus d'un commandité, entrez le nombre total de commandités dans la case ci contre et remplissez et joignez une ou des annexes.		Number of General Partners / Nombre de commandités <input type="text"/>

7. Jurisdiction of Formation / Territoire d'origine

ONTARIO

Extra-Provincial Limited Partnership Carrying on Business in Ontario
Société en commandite extraprovinciale menant des activités en Ontario

8. Information Regarding Attorney/Representative for an Extra-Provincial Limited Partnership - (Does not apply to limited partnerships formed in another Canadian jurisdiction that have an office or other place of business in Ontario) / Renseignements sur le procureur / représentant de la société en commandite extraprovinciale - (Ne s'applique pas aux sociétés en commandite d'un autre territoire canadien qui ont un établissement en Ontario)

Power of Attorney - Check the box to confirm there is an executed Power of Attorney (Form 4) appointing the person/corporation listed below to be the attorney and representative in Ontario. The attorney/representative is required to keep the executed Form 4 available for inspection at the address set out below. / Procuration - Cochez la case ci-contre pour confirmer qu'il y a une Procuration signée (Formule 4) nommant la personne physique ou morale indiquée ci-dessous à titre de procureur et représentant en Ontario. Celui-ci doit tenir la Formule 4 signée à disposition aux fins d'inspection à l'adresse ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	
Attorney / Représentative / Procureur / Représentant		
(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Address / Adresse
(B) Corporation / Entreprise par actions / Partnership / Société en commandite	Number of General Partners / Nombre de commandités	
City / Ville	Province / Province	Country / Pays
	ONTARIO	CANADA
		Postal Code / Code postal
		MINISTRY USE ONLY - RÉSERVÉ AU MINISTÈRE
		BIN/EIN: 181150376
		NAME/ NOM: MEDTRONIC
		REG/ENR: 2009-04-15
		EXP/EXP: 2018-11-05