

12-28-1999

Form PTO 1595
(Rev. 6-93)
OMB No. 0651-0011 (exp. 4/94)

MILU
12/13/99



101232689

HEET

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE
Patent and Trademark Office
Attorney Docket 33900-52

To the Honorable Commissioner of Patents and Trademarks: Please record the attached original documents or copy thereof.

1. Name of conveying party(ies):
IMMI
24 Rue 35EME Regiment D'Aviation
Bron, France 69500

Additional name(s) of conveying party(ies) attached? Yes No

3. Nature of conveyance:
 Assignment Merger
 Security Agreement Change of Name
 Other Recorded 11/9/98 Reel: 9573 Frame: 0185

Execution Date:

2. Name and address of receiving party(ies):
Name: Intergrated Surgical Systems SA

Internal Address:

Street Address: 24 rue 35ème Régiment d'Aviation,
ZAC du Chêne

City: Bron

State/Country: France

Zip: 69500

Additional name(s) & address(es) attached? Yes No

4. Application number(s) or patent number(s):
If this document is being filed together with a new application, the execution date of the application is:

A. Patent Application No.(s)
SN.: 09/169,450

B. Patent No.(s)

Additional numbers attached? Yes No

5. Name and address of party to whom correspondence concerning document should be mailed:
Name: Martin B. Pavane
Internal Address: Cohen, Pontani, Lieberman & Pavane
Street Address: 551 Fifth Avenue, 12th Floor
City: New York State: New York Zip: 10176

6. Total number of applications and patents involved: 1

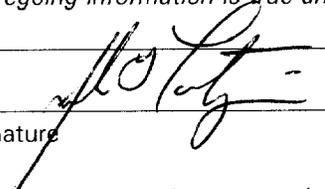
7. Total fee (37 CFR 3.41):.....\$40.00
 Enclosed
 Authorized to be charged to deposit account

8. Deposit account number: 03-2412
(Attach duplicate copy of this page if paying by deposit account)

DO NOT USE THIS SPACE

9. 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.

John G. Tutunjian
Name of Person Signing
Reg. No. 39,405


Signature

December 9, 1999
Date

Total number of pages including cover sheet, attachments, and document: 5

Mail documents to be recorded with required cover sheet information to:
Assistant Commissioner for Patents
Washington, D.C. 20231

12/27/1999 DNGUYEN 00000065 09169450

01 FC:581

40.00 OP

PATENT
REEL: 010463 FRAME: 0460

DECLARATION DE MODIFICATION

de L'ENTREPRISE : IDENTIFICATION CARACTÉRISTIQUES DIRIGEANTS TRANSFERT DE SIÈGE DISSOLUTION
de L'ÉTABLISSEMENT : OUVERTURE IDENTIFICATION DIRIGEANTS ACTIVITÉS FERMETURE
 - Autres modifications (à préciser, s'il y a lieu) : **CHANGEMENT DANS LE CONSEIL, CHANGEMENT DE DENOMINATION SOCIALE**
 Décret n° 96-950 du 18 juillet 1996 créant des Centres de Formation des Entrepreneurs
 NUMÉRIQUE(S) DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE : **RM. 68**
 RCS : **392 277 828 RCS LYON** SIREN : **392 277 828**
 Régistre du Commerce et des Sociétés

PERSONNE MORALE

Identifiant au CFE compétent : **M 69019517338**
 Doc. sociaux (lettres) : **M A B A B E F H J K T**
 Immatriculation (lettres) : **(A) (24)**
647 97 09

QUELLE QUE SOIT LA FORMALE, 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 : **01/04/99**
 DENOMINATION : **INTEGRATED SURGICAL SYSTEMS SA** SIGLE : **ISS**

IDENTIFICATION ANCIENNE en cas de modification :
 DENOMINATION : **IMMI** SIGLE :

2 **SIÈGE** (ou en cas de transfert, nouveau siège) : **ADRESSE Y compris s'il y a lieu, l'adresse du domicile (Non, Prénoms ou Dénomination) :**
ZAC du Chêne - 24 rue du 35ème Régiment d'Aviation, 69500 BRON
 N° SIRET : **392 277 828 00035**

3 **FORME JURIDIQUE :** SA
PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE : **fabrification d'appareils médicaux-chirurgicaux. Réalisation assemblage, vente et études de matériels biomédical conseils concernant ce secteur d'activité. Formation à maintenance de ces équipements commerciaux.**
 NOM COMMERCIAL :

4 **CAPITAL** montant : **9** 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 :
 F ou de la

5 **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, Personnel(s) ayant le pouvoir d'engager par sa (leur) signature la responsabilité de l'entreprise (FONDE(S) DE POUVOIR), PROPRIÉTAIRES INDIVIS DU FONDS.
 ou **DEMANDEUR :** **KARIM FERNAND, Hector**
 ou **DIRIGEANT :** **à allée Marcel Achard 69100 LYON**
 ou **DIRIGEANT :** **DG (Non ADM) 02/05/62**
 ou **DIRIGEANT :** **HASCOET Gérard**
 ou **DIRIGEANT :** **ROSARIO (ARGENTINE)**
 ou **DIRIGEANT :** **ADM + PCA**
 ou **DIRIGEANT :** **VINIE Mark Wesley**
 ou **DIRIGEANT :** **105 Vierra Circle - POISSON - CA 95630 - ETATS-UNIS (AMÉRIQUE)**
 ou **DIRIGEANT :** **ADM 05/08/50**
 ou **DIRIGEANT :** **ADM UTAH (U.S.A)**
 ou **DIRIGEANT :** **ADM AMÉRICAINE**

6 **LIÈRE à suivre sur intercalaire(s) :** **OU NON**
 En cas de DISSOLUTION : la Société poursuit son exploitation pour les besoins de la liquidation : **OU 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) liquidateurs) :
 En cas de TRANSFERT DU SIÈGE dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFES ou sont éventuellement souscrites les immatriculations secondaires :
 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) :

7 **LIÈRE à suivre sur intercalaire(s) :** **OU NON**
 En cas de DISSOLUTION : la Société poursuit son exploitation pour les besoins de la liquidation : **OU 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) liquidateurs) :
 En cas de TRANSFERT DU SIÈGE dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFES ou sont éventuellement souscrites les immatriculations secondaires :
 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) :

SI LA FORMALITE CONCERNE UN ETABLISSEMENT, LES RUBRIQUES SUR FOND NOIR DOIVENT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLIES

ETABLISSEMENT CONCERNE / et le cas échéant **NOUVELLE IDENTIFICATION** au :
ADRESSE : si différente de celle du siège PRINCIPAL ETABLISSEMENT s'il se confond avec le siège)
 : en cas de transfert, nouvelle adresse

ANCIEN ETABLISSEMENT en cas de transfert
ANCIEN LIBELLE DE L'ADRESSE si changement par décision du conseil municipal
ADRESSE :

En cas de **TRANSFERT** du SIÈGE ou de **ETABLISSEMENT** 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'ACTIVITE, préciser DATE de la modification et **ORIGINE** :

création transfert achat apport reprise après loc. gérance prise en location gérance autre (préciser)

Identité du **PRECEDEMENT EXPLOITANT** :
 nom, prénom, genre et dénomination, adresse du siège

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

disponibilité transfert d'activité vente apport reprise par le propriétaire mise en location gérance autre (préciser)

Identité du **BENEFICIAIRE** :
 nom, prénom, genre et dénomination, adresse du siège

ACTIVITES EXERCISEES dans cet établissement au jour de la formalité : permanentes saisonnières ambulantes / suite à / début / modification / fin d'exploitation

ACTIVITE PRINCIPALE :
 1. 2. 3. 4.

ACTIVITES SECONDAIRES :
 1. 2. 3. 4.

et s'il est renouvelable par tacite reconduction : OUI NON

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

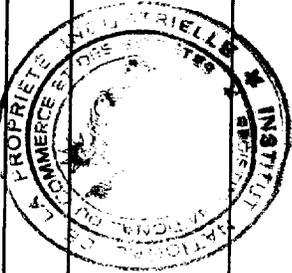
ADRESSE PERMANENTE : S.S.
 Bâtiment, escalier, entrée, bloc, tour, _____
 commune _____ code postal _____
 voie, n° _____ type _____ bureau d'exploitation ou central _____

DATE de la modification : _____

LE SOUS-SIGNE : **PUBLICITEUR LEGAL ANNONCES ET FORMALITES LEGALES 21/23 RUE DES ACADEMIQUES 75019 PARIS (7^{ème} arr.)**
 001890596/BJ

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

Fait à _____ le _____
 signature _____
 21-5-88



MOUVEAU ou **RECHANGEMENT** en cas de transfert du siège dans un autre greffe ou dans une Chambre de Métiers, insérer :
 nom patronymique, nom d'usage, prénoms, en cas de mandataire, préciser également ses qualités et adresse.
 pour le **CHANGEMENT** de lieu de siège, de date de naissance, de nationalité, si le dirigeant ou associé est étranger : adresse du lieu de séjour ou carte de commerçant, si l'associé est marié : date et lieu du mariage, régime matrimonial, si clefs de commerce éventuelles.
PATRONAGE SOCIAL : forme juridique, nom et adresse du représentant légal, pour les sociétés à responsabilité limitée : nom, prénom, genre et adresse du dirigeant ou associé majoritaire de SASL, ASSOCIE de SNC ou SCS, notamment, pour un document social) NS