

MU 2/16/00

Form PTO-1595
RECORDATION FORM COVER SHEET

U.S. Department of Commerce
& Trademark Office

03-21-2000

Docket No.: P8138-7003
February 16, 2000



101294567

Trademarks:

Please record the attached original documents or copy thereof

1. Name of conveying party(ies)

COGENT

Additional name(s) of conveying party(ies) attached?

Yes No



2. Name and address of receiving party(ies):

Name: SOFRADIM PRODUCTION

Address: 116 AVENUE DUE Formans, 01600 Trevoux (France)

Additional name(s) & address(es) attached?

Yes No

3. Nature of conveyance:

Assignment Merger
 Security Agreement Change of Name
 Other _____

Execution Date: 7/30/98

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)
08/954,065

B. Patent No.(s)

Additional numbers attached? Yes No

5. Name and address of party to whom correspondence concerning document should be mailed:

Name: Arent Fox Kintner Plotkin & Kahn LPPC

Street Address: 1050 Connecticut Avenue, N.W., Suite 600
Washington, D.C. 20036-5339

6. Total number of applications and patents involved:

One

7. Total fee (37 CFR 3.41)..... \$ 40.00

Enclosed-Check No.: 00281
 Authorized to be charged to deposit account

8. Deposit account number: 01-2300

(Attach duplicate copy of this page if paying by deposit account)

03/21/2000 DCDATES 00000082 08954065

01 FC:581 40.00 DP

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.

Robert B. Murray
Name of Person Signing
Reg. No. 22,980

Signature

February 16, 2000
Date

Total number of pages including cover sheet, attachments, and document: 4



DECLARATION DE MODIFICATION

de L'ENTREPRISE : IDENTIFICATION CARACTERISTIQUES DIRIGEANTS TRANSFERT DE SIEGE DISSOLUTION
de L'ETABLISSEMENT : OUVERTURE IDENTIFICATION DIRIGEANTS ACTIVITES FERMETURE
 - Autres modifications (à préciser, s'il y a lieu)

Décret n° 96-650 du 19 juillet 1996 créant des Centres de Formalités des Entreprises
 NUMERO(S) DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE
 RCS : 388 924 854 RM :

PERSONNE MORALE

réservé au CFE complet

M G U I D A B E F H J K L
 Doc. sociaux joints Intercaféaires joints

ANNEXE 2

QUELLE QUE SOIT LA FORMALITE, LES RUBRIQUES SUR FOND ROUGE DOIVENT OBLIGATOIREMENT ETRE REMPLIES ET SI LA MODIFICATION CONCERNE UN ETABLISSEMENT, LES RUBRIQUES SUR FOND NOIR DOIVENT AUSSI ETRE REMPLIES

1 IDENTIFICATION / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION au :

DENOMINATION : SOFRADIM PRODUCTION **SIGLE** :

2 SIEGE (ou en cas de transfert, nouveau siège) **ADRESSE** y compris s'il y a lieu, l'IDENTITE DU DOMICILIAIRE (Nom, Prénoms ou Dénomination)
 116, avenue des Formans 01600 TREVOUX

N° SIRET : 388 924 854 00010

3 FORME JURIDIQUE : Société Anonyme

4 PRINCIPALES ACTIVITES DE L'ENTREPRISE : Fabrication, vente, distribution, agence commerciale
 Import export de tout matériel et outillage médical et paramédical

5 NOM COMMERCIAL :

6 CAPITAL montant : 350 000 F ou si société à capital variable, montant minimum :

7 DUREE de la Personne Morale : 99 ans en cas de société soumise à publicité annuelle de ses comptes. **DATE DE CLOTURE** de l'exercice social : 31/03

8 DIRIGEANTS et le cas échéant, **ADMINISTRATEURS, COMMISSAIRES AUX COMPTES et ASSOCIES** tenus indéfiniment et solidairement des dettes sociales, **MEMBRES du GIE, LIQUIDATEURS** Pour l'établissement décrit ci-dessous s'il y a lieu, Personnels ayant le pouvoir d'engager par sa (leur) signature la responsabilité de l'entreprise (FONDE(S) DE POUVOIR), PROPRIETAIRES INDIVIS DU FONDS

9 NON RADIATION ou **DENOMINATION** : ORY François Régis
 ou **ADRESSE DU SIEGE** : 110, allée du Château 69270 FONTAINES SAINT MARTIN
 Administrateur * 27.09.55 * 69 * LYON 6^{ème}
 Président du conseil d'administration

10 NON RADIATION ou **DENOMINATION** : ORY René
 ou **ADRESSE DU SIEGE** : 34, chemin de Rucy 69250 NEUVILLE SUR
 Administrateur * 14.04.27 * 42 * CHARLIEU
 Président du conseil d'administration

11 NON RADIATION ou **DENOMINATION** : THERIN Michel
 ou **ADRESSE DU SIEGE** : 19, grande rue de la Croix Rouge 69004 LYON
 Administrateur * 28.05.61 * 75 * PARIS 16^{ème}

Liste à suivre sur intercaféaires(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 SIEGE dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFFES où sont éventuellement souscrites les immatriculations secondaires

Liste à suivre sur intercaféaires(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 intercaféaires(s) : OUI NON

12 Rappel du RÉGIME FISCAL dont relève actuellement l'entreprise
 micro forfait réel simplifié réel normal ou réel normal (exclusivement pour la TVA)

13 CONDITIONS DE VERSEMENTS de la TVA, si l'entreprise relève :
 - du forfait, les versements trimestriels d'acomptes sont : fixes proportionnels
 - du régime simplifié, les versements avec déclaration sont : trimestriels mensuels sur option
 - du régime réel normal, les versements avec déclaration sont : mensuels trimestriels

14 Lieu principal d'exploitation de l'entreprise : 116, avenue des Formans 01600 TREVOUX
 Centre des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA : VILLEFRANCHE / SAONE

1^{er} feuillet CFE cc
2^e feuillet RCS/RSB
3^e feuillet ANCS
4^e feuillet
5^e feuillet
6^e feuillet
7^e feuillet
8^e feuillet
9^e feuillet
10^e feuillet
11^e feuillet
12^e feuillet
13^e feuillet
14^e feuillet
15^e feuillet
16^e feuillet
17^e feuillet
18^e feuillet
19^e feuillet
20^e feuillet
21^e feuillet
22^e feuillet
23^e feuillet
24^e feuillet
25^e feuillet
26^e feuillet
27^e feuillet
28^e feuillet
29^e feuillet
30^e feuillet
31^e feuillet
32^e feuillet
33^e feuillet
34^e feuillet
35^e feuillet
36^e feuillet
37^e feuillet
38^e feuillet
39^e feuillet
40^e feuillet
41^e feuillet
42^e feuillet
43^e feuillet
44^e feuillet
45^e feuillet
46^e feuillet
47^e feuillet
48^e feuillet
49^e feuillet
50^e feuillet

15 ETABLISSEMENT CONCERNE / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION au :

ADRESSE : 116, avenue des Formans 01600 TREVOUX

N° SIRET :

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

16 CATEGORIE(S) : siège établissement principal établissement secondaire

17 ENSEIGNE :

18 ANALYSE DE LA MODIFICATION INTERVENUE

En cas d'**OUVERTURE** de l'établissement, de **MODIFICATION** DU MODE D'EXPLOITATION, d'**ADJONCTION** D'ACTIVITE, préciser : 15/11/95 DATE de la modification, et ORIGINE

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

Identité du **PRECEDENT** EXPLOITANT :

n° RCS ou SIREN :

S'il y a lieu, date de radiation ou de modification au RCS du précédent exploitant :

En cas d'**ACQUISITION** du FONDS (par **ACHAT** ou **APPORT**) :

En cas de **PRISE EN LOCATION-GERANCE**, indiquer la durée du contrat :

Identité du **LOQUEUR** du FONDS :

En cas de **FERMETURE** de l'établissement, de **MODIFICATION** DU MODE D'EXPLOITATION, de **SUPPRESSION** D'ACTIVITE, préciser : 15/11/95 DATE de la modification, et DESTINATION

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

Identité du **BENEFICIAIRE** :

Si cessation d'emploi de tout salarié, date :

Maintien d'une activité à l'ancien siège : OUI NON

En cas de **TRANSFERT** du SIEGE ou de l'**ETABLISSEMENT**, N° SIRET : 388 924 854 00010

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

19 ACTIVITES EXERCÉES dans cet établissement au jour de la formalité : permanentes saisonnières ambulantes / suite à création modification d'exploitation

20 ACTIVITE PRINCIPALE : fabrication, vente, distribution, agence commerciale, import export de tout matériel et outillage médical et paramédical

21 ACTIVITES SECONDAIRES :

Préciser les **PRODUITS FABRIQUES, VENDUS OU EXTRAITS** :

22 NATURE DES ACTIVITES : trav. de bâtiment trav. publics extraction fabrication montage réparation transport import-export com. de gros com. détail prof. libérale

prest. du services location de meubles autre (préciser)

23 LIEU D'EXERCICE : expl. agricole mine, carrière usine, atelier dépôt, entrepôt magasin, surface : .. m² bureau, cabinet sur chantiers sur marchés en clientèle autre (préciser)

24 EFFECTIF SALARIE de l'établissement : 35 / si la (ou les) modification(s) déclarée(s) coïncident avec l'embauche d'un 1^{er} salarié ou la cessation d'emploi de tout salarié préciser la date : ..

En cas d'embauche du 1^{er} salarié, nombre de : femmes : .. mineurs : .. handicapés : .. salariés de 65 ans et plus : .. VFR multicartes : .. apprentis sous contrat : .. conjoint : ..

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

26 ADRESSE PERMANENTE :

commune : TREVOUX code postal : 01600 lieu : 116 avenue des Formans

27 LE SOUSSIGNÉ : François Régis ORY

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 :

CHAMBRE DE MÉTIERS

Côté réservé à la Chambre de Métiers

Numéro de gestion :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RM

SIREN

RM

NOM OU DÉNOMINATION :

DE :

RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

DEMANDE D'IMMATRICULATION

INSCRIPTION DE MENTION DE CONJOINT COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)

DÉCLARATION DE MODIFICATION

DEMANDE DE RAD'ATION

RAD'ATION 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 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
 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

ET DES SOCIÉTÉS
DU COMMERCE
NATIONAL
AU REGISTRE
CADRE RÉSERVÉ

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
Certifié, le Greffier
3/10/78

OBSERVATIONS DU GREFFIER :

DATE DE DÉPÔT DES STATUTS :

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES (pièce n° 24) :

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

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)

NOTA :

Numéro d'arrivée au Greffe :

Date de dépôt des statuts :

CORRECTION

COMPLÉMENTAIRE

INSCRIPTION

PRINCIPALE

IMMATRICULATION

REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS

CODE GREFFE : 9103

GREFFE DU TRIBUNAL

Côté réservé au Greffier

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RCS : 3228914
NOM OU DÉNOMINATION : Sulfur

Numero de référence :

3228914
Sulfur
Produit chimique

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

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

Cet établissement est (pour l'entrepris) : nouveau modifié supprimé
 CATEGORIE(S) : siège établissement principal établissement secondaire
 ENSEIGNE :
 N° SIRET :

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 par le loc. gérance prise en location (autres) autre (préciser)
 Identité du PRÉCÉDENT EXPLOITANT :
nom, prénoms ou dénomination

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

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 vente apport reprise par le propriétaire mise en location (autres) autre (préciser)
 Identité du BÉNÉFICIAIRE :
nom, prénoms, domicile ou dénomination, adresse du Siège

ACTIVITÉS EXERCÉES dans cet établissement au jour de la formalité :
 à remplir seulement si cet établissement est nouveau ou si ses activités ont des modifications
ACTIVITÉ PRINCIPALE : **INDUSTRIE** / permanents saisonnières ambulants / suite à modification d'exploitation
ACTIVITÉS SECONDAIRES : **COMMERCE**

Si'il y a lieu, date de radiation ou de modification au RCS du précédent exploitant :
 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 . . .
 Identité du LOUEUR du FONDS :
nom, prénoms, domicile ou dénomination, adresse du siège
 et s'il est renouvelable par tacite reconduction : OUI NON

Observations éventuelles du déclarant ou autre(s) modification(s) :
 • DATE de la modification :
 Adresse permanente :
 commune : VALLEFRANCAISSE code postal : 63100
 bâtiment, escalier, entrée, bloc, tour :
 voie : rue de la République type : commerce libelle : Indépendant
 bureau distributeur ou cadex :
 tel :
 Fait à : le : signature :
 A signer :
 Mod. 540511 Berger Levraut Nancy

LE SOUSSIGNÉ : **François M. GUY** au RM au RSAC de RADIATION au RCS au RIM au RSAC au REBA
 demande d'INSCRIPTION au RCS au RM au RSAC de RADIATION au RCS au RIM 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