

FORM PTO-1595

(Rev. 6-93)

OMB No. 0651-0011 (exp. 4-94)

MSCG-11123-0106/USWO/0107/USWO/0109/USG/0110/USWO/0115/USG/01

RECORDATION FORM COVER SHEET
PATENTS ONLY

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE

Patent and Trademark Office

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

1. Name of conveying party(ies):

PPG-SIPSY
Z.I. La Croix Cadeau
49240 Avrille
FRANCE

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

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

ZaCh System SAS
Z.I. La Croix Cadeau
49240 Avrille
FRANCE

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

3. Nature of conveyance:

Assignment Merger
 Security Agreement Change of Name
 Other:

Execution Date: November 30, 2007

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)

10/574871 10/583902
 11/484991 10/589529
 11/698710

B. Patent No.(s)

Additional numbers attached? Yes No

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

Name: Gregory A. Sebald
 Address: Merchant & Gould P.C.
 P. O. Box 2903
 Minneapolis, MN 55402

6. Total number of applications and patents involved: 5

7. Total fee (37 CFR 3.41): \$200.00
 Enclosed
 Authorized to be charged to deposit account

8. Please charge any additional fees or credit any overpayments to our Deposit account number: 13-2725

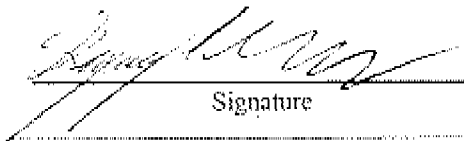
Statement and signature:

DO NOT USE THIS SPACE

9. 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.

Gregory A. Sebald (33,280)

Name of Person Signing



Signature

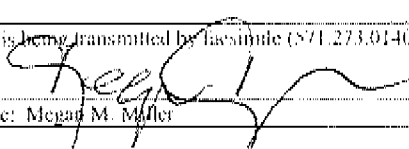
July 28, 2008

Date

Do not detach this portion

Mail documents to be recorded with required cover sheet information to:
 Commissioner of Patents and Trademarks
 Mail Stop Assignments
 P. O. Box 1450
 Alexandria VA 22313-1450

CERTIFICATE UNDER 37 CFR 1.6(d): I hereby certify that this paper is being transmitted by facsimile (877.273.0140) to the U.S. Patent and Trademark Office on July 28, 2008.

By: 
 Name: Megan M. Miller

Public burden reporting for this sample cover sheet is estimated to average about 30 minutes per document to be recorded, including time for reviewing the document and gathering the data needed, and completing and reviewing the sample cover sheet. Send comments regarding this burden estimate to the U.S. Patent and Trademark Office, Office of Information Systems, PK2 1000C, Washington, D.C. 20231, and to the Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0651-0011), Washington, D.C. 20503.

23552

PATENT TRADEMARK OFFICE

PATENT

REEL: 021319 FRAME: 0319

700379715

GH \$200.00 132725 10574871

10 ACTIVITY: solitary non solitary / travelling

Activities exercised

Among such activities, indicate the most important one
For such activity, specify the nature thereof by checking only one box

Its nature: Retail trade Transportation Service provision Import-export
 Wholesale trade or trade intermediate Manufacturing, production The professions
 Rest of finished flats Assembly, installation Repair Other
 Building construction, public works Extraction Other
 Ship (surface, sea) Office, firm On markets
 To customers Factory Workshop Warehouse
 On work sites Mine, quarry Other

Its place of exercise: On premises Office, firm On markets
 To customers Factory Workshop Warehouse
 On work sites Mine, quarry Other

The main activity of this establishment becomes the main activity of the company Yes No

In case of modification of the activity, it results from the:
 addition of an activity partial deletion of an activity by disappearance Suk Taking over by the owner Other
 Sign _____

11 ORIGIN FOR A BUSINESS:
 Foundation, go directly to the following box
 Purchase Taking in management leaving Other

Previous owner: s/n identification No _____
 Birth name / Name _____ First names _____
 Name in use _____
 Purchase, contribution: Journal of legal notices, publishing date _____
 Management-leasing: contract dated as of _____ to _____
 Renewed by last renewal Yes No
 Lessor of the business: if different from previous contract
 Birth name / Name _____ First names _____
 Name in use _____
 Post Office _____ District _____

12 SALARIED STAFF of the establishment founded: _____ hiring date of the first salaried employee _____
 Total amount of salaried staff of the company _____ of which _____ apprentices _____ salaried representatives _____

13 OFFERING FOR MANAGEMENT-LEASING: The whole business A part of the business, which _____ District _____
 Address: build. no. street _____ Post Office _____
 Main establishment Secondary establishment Management-leasing: full name/initials: _____

14 THE NATURE OF THE MANAGEMENT IS MODIFIED Yes No If yes, it becomes:
 EQUALITARIAN/MINORITY MANAGEMENT a company is associated thereto
 MAJORITY MANAGEMENT, if the spouse is associated thereto, he/she participates in the activity without being paid Yes No

15 IN CASE OF DECLARATION OF MODIFICATION New Departing
 CAPACITY: Modification of personal status Maintained former capacity

For business companies, can the interested party control the company on his own Yes No

Birth name _____ First names _____
 Name in use _____ Nationality _____
 Born on _____ in _____ District _____
 Name, legal form _____
 Domicile / Head Office _____
 Post office _____ District _____
 When a legal entity, Place and registration No. _____

15a DEPARTING Birth name, name in use, first names / Name and legal form _____
 Name in use _____ First names _____
 Domicile _____ Nationality _____
 Post office _____ District _____

16 OBSERVATIONS: _____

17 Correspondence address Declared in box No. _____ District _____ PARIS
 Post Office _____ 75008

Telephone(s) _____ 01 51 23 25 02
 Fax (e-mail) _____ 01 51 23 11 02

This document constitutes an application for modification on the TCR, on the CR, if need be, and declaration for the Tax Offices, for the Social Security Organizations, for the INSEE and if need be, for the Work Inspection
 Whomsoever gives in bad faith inaccurate or incomplete indications is punishable with imprisonment.

18 THE LEGAL REPRESENTATIVE full name/name and address
 THE ATTORNEY ^{not free} S. ERARD LPA, 136 avenue des Champs Elysees 75008 PARIS
 ANOTHER PERSON ^{very rare}

Certifies the accuracy of the information given
 Done in _____ Paris
 On _____ December 12, 2007
 Number of interpellations (over) _____ 005

SIGNATURE _____
 See with blue ink

[SEAL FROM THE FRENCH PATENT AND TRADEMARK OFFICE]

M2
N°164201

DECLARATION DE MODIFICATION

RESERVE AU CFE M G U I O B E F H J K T
Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

PERSONNE MORALE

- Dénomination, forme juridique, capital
- Déclaration relative à un établissement : (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, fermeture)
- Reprise d'activité
- Transfert du siège
- Dissolution

- Prise d'activité d'une société créée sans activité
- Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale
- Autre

REPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 17, 18 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement.

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 41133110134

IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE PARIS

AU RIM DANS LE DEPT. DE _____

Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaires(s) _____

Dénomination / Sigle PIE-SIPSY

Forme juridique SARL à 1 actionnaire simple

Siège ou lieu d'établissement en France pour les sociétés étrangères :
11, rue de la Paix, 75002 Paris

Code Postal 75002 Commune PARIS

Désignation du centre des impôts où ont été déposés les dernières déclarations de résultats et de TVA
Date _____

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT

Cette demande concerne UNE OUVERTURE UNE MODIFICATION UN TRANSFERT UNE MISE EN LOCATION GERANCE UNE FERMETURE

ANCIEN ETABLISSEMENT : Siège Etablissement principal
 Siège-Etablissement principal Etablissement secondaire Premier établissement en France d'une société étrangère

Adresse (ins. en art. 106 du RG) présente de celle du cadre 2) _____

Code postal _____ Commune _____

Date _____

Forme juridique SARL à 1 actionnaire simple

Société réduite à un associé unique

Durée de la personne morale _____

Date de clôture de l'exercice social _____

Nom commercial _____

Capital : montant, unité monétaire _____

Si capital variable : montant minimum _____

Continuation de la société malgré un act net inférieur à la moitié du capital social

Reconstitution des capitaux propres

Personnes morales ayant participé à l'opération : _____

Fusion Scission. Cette opération entraîne une augmentation de capital

Indiquer le liquidateur au cadre 18. Dans le cas de fermeture d'établissement, remplir cadre 9

Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution _____

Adresse de liquidation : siège adresse du liquidateur autre : _____

Distinction. _____

Siège au démarrage de _____

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME UNE MISE EN LOCATION GERANCE UNE FERMETURE

POUR UN TRANSFERT : Destination Fermé Vendu Autre _____

Si maintien d'une activité, de ce fait, l'établissement est : Siège Principal Secondaire

POUR UNE FERMETURE : Destination Supprimé Vendu Autre _____

Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salariés ou non

à savoir : Principal Secondaire (seulement si changement de nature)

POUR UN ETABLISSEMENT CREE : Siège Siège - Etablissement principal

Etablissement principal Etablissement secondaire, dans ce cas, est-il postulant et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers oui non

ADRESSE : 11, rue de la Paix, 75002 Paris

Code postal _____ Commune _____

Conteur de déclaration : PIE-SIPSY

N° unique d'identification _____



The form grants a right of rectification for the account holders of the entities and the beneficiaries of the entities.

ACTIVITE : Permanente Saisonnière / Ambulant

Activité(s) exercée(s) _____

Parmi ces activités, indiquer la plus importante :
 Pour celle-ci, préciser sa nature en se cochant d'une seule case :
 Sa nature : Commerce de détail Transport Services Import export
 Commerce de gros ou intermédiaire Fabrication, production Profession libérale
 Loc. meubles Ménage, installation Réparation Bat. travaux publics
 Education Autre _____

Son lieu d'exercice : Magasin (surface : m²) Bureau, cabinet Sur marché Autre
 En clientèle Usine Atelier Dépôt, entrepôt
 Sur chantier Mine, carrière Autre _____

L'activité principale de cet établissement devant-elle l'activité principale de l'entreprise ? oui non

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :
 adjonction d'activité suppression partielle d'activité par : Réorganisation Vente Rapatrié par le propriétaire Autre
 Enseigne : _____

ORIGINE POUR UN FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL :
 Création, passez directement au cadre suivant
 Achat Prise en location gérance Autre
 Précédent exploitant : n° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____
 Nom du journal _____
 Localisation-gérance : extrait du _____
 Renouvellement par tacite reconduction oui non
 Lieu de la gérance : si différent du précédent exploitant _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____
 Domicile / Siège _____
 Code postal _____ Commune _____

EFFECTIF SALARIE DE L'ETABLISSEMENT CREAT : _____ Date d'entrée du 1er salarié _____
 Total effectif salarié de l'entreprise _____

FONDS DORNE EN LOCATION GERANCE
 Mise en location-gerance Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle _____
 Locataire-gérant : nom, prénom, dénomination : _____
 Adresse : no, Bd, n° ou, local _____
 Etablissement Principal Secondaire _____

LA NATURE DE LA GERANCE EST MODIFIEE oui non Si oui, elle devient :
 MINORITAIRE/EGALITAIRE une société est associée
 MAJORITAIRE, si le co-gérant est associé, il participe à l'activité sans être rémunéré oui non

DECLARATION RELATIVE AU DIRIGEANT, GÉRANT, CO-GÉRANT, ASSOCIÉ, PARTENAIRE
 POUR LA SOCIÉTÉ DÉCLARÉE SOCIÉTÉ A RESPONSABILITÉ LIMITÉE
 Si gérant majoritaire par rapport au capital : oui non
 Classe d'assurance maladie TMS _____
 Classe de retraite _____

REPRESENTANT DE LA PERSONNE MORALE DIRIGEANTE (seulement lorsqu'un texte le précède)
 Pour modification du représentant Nouveau Partant Rempl. 15bis Modification situation personnelle
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____
 Prénom _____
 Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

PARTANT Nom de naissance, d'usage, prénom / dénomination et forme juridique _____

QUALITE
 Pour les sociétés commerciales, l'intéressé peut-il engager seul la société ? oui non
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____
 Prénom _____
 Nationalité _____
 Domicile / Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
 Pour une personne morale Lieu et n° d'immatriculation _____

OBSERVATIONS : _____

REUSENEMENTS COMPLEMENTAIRES
 Adresse de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre _____
 136 avenue de la République 75011 Paris Code Postal 75011 Commune PARIS
 Le présent document constitue une demande de modification au RCS. Il est adressé au RCS et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
 Quelque donne, de mauvaise foi, des indications fausses ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'empêchement.

LE REPRESENTANT LEGAL
 SALE MANDATAIRE (voir notice) _____
 AUTRE PERSONNE (voir notice) champion de foot PARIS
 nom, prénom, dénomination et adresse
 5, rue de la République, 75011 Paris
 Numéro d'immatriculation : _____

Telephone(s) 01 53 22 25 07
 Fax / e-mail 01 53 22 25 02
 SIGNATURE S. Champion
 Spécial créateur / associé gérant

La loi n° 28-17 du 9 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses à ce formulaire pour les personnes physiques.

C O S A	Exemplaire destiné AU GREFFE GREFFE D'ANGERS	
N° 11682*01	DECLARATION DE MODIFICATION PERSONNE MORALE	
M2 C	MODIFICATION DE L'IDENTIFICATION 30/11/07 10M	Déclaration N°: C 49 01 800228 4
RECUE LE : 03/01/2008 TRANSMISE LE : 17/01/2008		
G U I D		
N° unique d'identification : 413581034 Immatriculation au RCS du greffe de : GREFFE D'ANGERS		
Ancienne dénomination : PPG-SIPSY		
DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE		
Dénomination En date du : 30/11/2007 ZACH SYSTEM SAS		
Forme juridique : SOCIETE PAR ACTIONS SIMPLIFIEE		
Siège ou ler établissement en France pour les sociétés étrangères : ZI LA CROIX CADEAU 49240 AVRILLE		
Adresse de correspondance : ZACH SYSTEM SAS ZI LA CROIX CADEAU 49240 AVRILLE		
Le(s) soussigné(s) (nom patronymique, nom d'usage, prénoms) : SCP LEFEVRE PELLETIER & ASSOCIES Qualité : MANDATAIRE 136 AV DES CHAMPS ELYSEES 75006 PARIS		
Le présent document constitue une demande de modification au RCS, le cas échéant au RM, et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.		
Quiconque donne, de recevoir (ou, des indications exactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.		
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.		
Numéro de liaison : C 49 01 800228 4 date : 27/12/2007 numéro de feuillet : 1 Paraphe :		

PATENT

REEL: 021319 FRAME: 0324

Fait à : PARIS	le : 27/12/2007
N° de liaison : C 49 01 800228 4	Signature :
Nombre de feuillets : 2	