

**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
<i>Correspondence will be sent via US Mail when the fax attempt is unsuccessful.</i>	
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

GREFFE DU TRIBUNAL

DE :

CODE GREFFE :

REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS

SIGLE :

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)

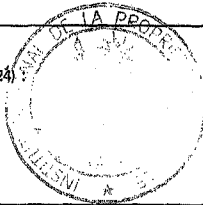
POUR COPIE CERTIFIÉE CONFORME

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES (pièce n° 24)

DATE de DÉPÔT des STATUTS :

OBSERVATIONS du GREFFIER :



LE CHIEF DE DÉPARTEMENT

Numéro de référence :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RCS :  
NOM OU DÉNOMINATION :

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



CADRE RÉSERVÉ	A L'INSTITUT		Le Président de la Chambre de Métiers :
NATIONAL	DE LA PROPRIÉTÉ		DATE DE L'INSCRIPTION,
INDUSTRIELLE			application des règlements a été vérifiée sous notre responsabilité

en cas de DÉCISION du PRÉSIDENT de la CHAMBRE de MÉTIERS (article 11 du décret du 10.06.83)	en cas de DÉCISION du PRÉSIDENT de la CHAMBRE de MÉTIERS (articles 12 et 13 du décret du 10.06.83)	STAGE D'INITIATION A LA GESTION (article 2 de la loi du 23/12/82)	PIÈCES JUSTIFICATIVES :
Date de dépôt de la demande :	Date de la transmission à la Commission de Répertoire :	Attestation - date de délivrance :	Dispense - motif de la dispense :
Production des renseignements demandés :	Date de la notification :	Production des renseignements demandés :	Dispense - motif de la dispense :
Date limite de la décision du Président :	Payement de la redevance : en F :	Production des renseignements demandés :	Dispense - motif de la dispense :
R.V. n° en date du :	Payement de la redevance : en F :	Production des renseignements demandés :	Dispense - motif de la dispense :
Accord <input type="checkbox"/> Rejet <input type="checkbox"/>	Payement de la redevance : en F :	Production des renseignements demandés :	Dispense - motif de la dispense :
	Payement de la redevance : en F :	Production des renseignements demandés :	Dispense - motif de la dispense :
	Payement de la redevance : en F :	Production des renseignements demandés :	Dispense - motif de la dispense :

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

RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

CHAMBRE DE MÉTIERS	DE :
NUMÉRO D'IMMATRICULATION RM :	NOM OU DÉNOMINATION :
NUMÉRO de gestion :	SIREN :
	RM :

TRADEMARK

Liase MIC

La liase 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  CARACTÉRISTIQUES  DIRIGEANTS  TRANSFERT de SIÈGE  DISSOLUTION   
ou complément d'IDENTIFICATION

**de L'ÉTABLISSEMENT** : OUVREURE  IDENTIFICATION  DIRIGEANTS  ACTIVITÉS  FERMETURE   
(Y COMPRIS TRANSFERT)

- 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 . 015450132 . RM .  
Registre du Commerce et des Sociétés SIREN 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 :  
 ① **DENOMINATION** : FOURNIER INDUSTRIE ET SANTÉ  
 SIGLE : FIS  
 ② IDENTIFICATION ANCIENNE en cas de modification :  
 DENOMINATION :

**SIÈGE** (ou en cas de transfert, nouveau siège) : ADRESSE y compris s'il y a lieu, l'IDENTITÉ DU DOMICILIAIRE (Nom, Prénoms ou Dénomination) :  
 CHENOVE (21300) 42, rue de la fouie  
 N° SIRET : 015450132 00033

2 **FORME JURIDIQUE** : SA  
 ③ **PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE** : Activité Immobilière - Participations et Placements financiers  
 EFFECTIF SALARIE de l'ent. au jour de la formalité :

3 **NOM COMMERCIAL** :  
 CAPITAL montant : 80 902 000 F ou si société à capital variable, montant minimum :  
 DURÉE de la Personne Morale : 31/12/2033 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, l'entreprise (FONDE(S) DE POUVOIR)  
 - 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 (FONDE(S) DE POUVOIR)  
 ou NOM Prénoms : LE LOUIS Jean François  
 ou DENOMINATION :  
 ou DOMICILE : DIJON (21000) 15, avenue Victor Hugo  
 ou ADRESSE DU SIÈGE : P. de la CA @ 13.09.12. 29. PLOUBARNOU  
 qualité ancienne (s'il y a lieu) qualité actuelle ou nouvelle date de naissance dépt. commune ou pays de naissance nationalité

ou NOM Prénoms : MASOIE Bernard  
 ou DENOMINATION :  
 ou DOMICILE : Paris 16<sup>e</sup> 23, rue Poisson = Arceau d'Orléans  
 ou ADRESSE DU SIÈGE : ADP @ 14.08.39. 15. PARIS 9<sup>e</sup>  
 qualité ancienne (s'il y a lieu) qualité actuelle ou nouvelle date de naissance dépt. commune ou pays de naissance nationalité

ou NOM Prénoms : LE LOUIS France Jeanne Lucienne - MASOIE  
 ou DENOMINATION :  
 ou DOMICILE : 13 Chemin des Conteneurs - 1295-TAVAY - Canton de Vauvit - C.H. - Arceau d'Orléans  
 ou ADRESSE DU SIÈGE : @ 11.10.38. 15. PARIS 5<sup>e</sup>  
 qualité ancienne (s'il y a lieu) qualité actuelle ou nouvelle date de naissance dépt. commune ou pays de naissance nationalité

Liste à suivre sur intercalaires(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 SIÈGE dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFFES où sont éventuellement souscrites les immatriculations secondaires :  
 Liste à suivre sur intercalaires(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 Juridique)  
 Liste à suivre sur intercalaires(s) : OUI  NON

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

8  
9 **ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ** / et le cas échéant **NOUVELLE IDENTIFICATION** au : 15-06-2000  
si différente de celle du siège (PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT s'il se confond avec le siège)  
**ADRESSE** : en cas de transfert, nouvelle adresse  
42, rue de Louprie  
21300 CHENOVE  
N° SIRET :

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

11 **ANCIEN ÉTABLISSEMENT** en cas de transfert  
**ANCIEN LIBELLÉ DE L'ADRESSE** si changement par décision de  
**ADRESSE** : 38, avenue Hoche 75008 Paris  
En cas de TRANSFERT du SIÈGE ou de l'ÉTABLISSEMENT, N° SIRET  
Si cessation d'emploi de tout salarié, date : . Maintien

11 **ANALYSE DE LA MODIFICATION INTERVENUE**  
En cas d'OUVERTURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION, d'ADJONCTION D'ACTIVITÉ, préciser : 15-06-2000 et ORIGINE :  
DATE de la modification  
 création  transfert d'activité  achat  apport  reprise après loc. gérance  prise en location gérance  autre (préciser) : Cet établissement  
Identité du PRÉCÉDENT EXPLOITANT : nom, prénoms ou dénomination  
était déjà connu  
ou tant que principal  
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)  
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

12 En cas de FERMETURE de l'établissement, de MODIFICATION de SUPPRESSION D'ACTIVITÉ, préciser : 15-06-2000 et D  
DATE de la modification  
 disparition  transfert d'activité  vente  apport  reprise par le propriétaire  
Identité du BÉNÉFICIAIRE : nom, prénoms, domicile ou dénomination, adresse du Siège

13 **ACTIVITÉS EXERCÉES** dans cet établissement au jour de la formalité : permanentes  saisonnières  ambulantes  / suite à  début

14 **ACTIVITÉ PRINCIPALE** :  
15 **ACTIVITÉS SECONDAIRES** :

16 Observations éventuelles du déclarant ou autre(s) modification(s) :  
17 **ADRESSE PERMANENTE** : pour la correspondance bâtiment, escalier entrée, bloc, tour, voie : n° 42 type rue libellé et Louprie commune code postal 21300 bureau distributeur ou cedex CHENOVE

18 **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

A - 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 GERANT et/ou ASSOCIÉ majoritaire de SARL, ASSOCIÉ de SNC ou SCS, notamment, joindre un document  
PERSONNE MORALE : Forme juridique, nom et prénoms du représentant permanent; pour chaque membre du GIE : n° RCS et/ou RM  
PARTANT : En cas de GERANT et/ou ASSOCIÉ majoritaire de SARL, ASSOCIÉ de SNC ou SCS, préciser sa date de naissance.

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 07

TRADEMARK

REF: 002020 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

**NOTA:** 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 appendix, 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

REF: 002022 FRAME: 0202

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  MANAGERS  ACTIVITIES  CLOSING   
Other modifications (if applicable): (including TRANSFER)

NUMBER(S) OF MAIN REGISTRATION  
TCR *DIJON 015 450 752* CR  
Trade and Companies register siren 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 *FS* 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):  
*CHENOYE (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*  
*Chairman of the Board of Directors 09/18/12* *29* *PLOUGASNOU* *French*  
previous position (if applicable) present or new position born on département locality nationality

Full name *MAJOIE Bernard*  
or DENOMINATION:  
DOMICILE NEW

or HEAD OFFICE ADDRESS: *23, rue Toussin, 75016 Paris (illegible)*  
*director 08/14/39* *75* *75009 Paris* *French*  
previous position (if applicable) present or new position born on département locality nationality

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

or HEAD OFFICE ADDRESS: *1B Erienne des Couleuvres 1295 TANAY - Canton de Vaud - SWITZERLAND (illegible)*  
*12/11/38* *75005* *PARIS* *French*  
previous position (if applicable) present or new position born on département locality nationality

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  
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 operation (specify in the MANAGERS box, Head Office Address, TCR No.):



42, rue de Longvic  
21300 CHENOVE

if transfer, new address: (MAIN ESTABLISHMENT if it is the head office)

This establishment is (for the company): new  modified  suppressed   
CATEGORIES: head office  main establishment  secondary establishment

SIRET No.:

SIGN (eventually):

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

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

If an employee is not anymore employed, date: Maintenance of an 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 management (specify) known as the main establishment

In case of CLOSING of the establishment, of MODIFICATION OF THE MODE OF EXPLOITATION,  
specify the date of modification: 06/15/2000 and PURPOSE:  
 disappearance  transfer of activity  sale  contribution  resumption by the owner

Identity of the PREVIOUS OWNER (full name or denomination):  
TCR or SIREN No.:

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

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

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 renewal

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