

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

VOLMACHT OF INTREKKING VAN VOLKACHT IN COMBINATIE MET VERSTREKKING VAN PLAATSVERVANGENDE VOLMACHT EN WIJZIGING VAN CORRESPONDENTIEADRES POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number		
	Filing Date		
	First Named Inventor		
	Attorney Docket No.		
	Art Unit		
	Examiner Name		
	Title		

Bij deze herroep ik alle eerdere volmachten, door mij gegeven in de hierbovengenoemde aanvraag.
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- Volmacht wordt bij deze verstrekt
A Power of Attorney is submitted herewith.

OF OR

- Bij deze benoem ik de met het volgende klantnummer geassocieerde rechtsbeoefenaar(s) als mijn/onze gemachtigden inzake de vervolging van de hierbovengenoemde aanvraag, en om alle hiermee samenhangende handelingen met het Amerikaanse octrooi- en merkenbureau (USPTO) te verrichten.

I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

OF OR

- Bij deze benoem ik de hieronder genoemde rechtsbeoefenaar(s) als mijn/onze gemachtigden inzake de vervolging van de hierbovengenoemde aanvraag, en om alle hiermee samenhangende handelingen met het Amerikaanse octrooi- en merkenbureau (USPTO) te verrichten.

I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Naam van rechtsbeoefenaar(s) Practitioner(s) Name	Registratienummer Registration Number	Naam van rechtsbeoefenaar(s) Practitioner(s) Name	Registratienummer Registration Number

Gelieve het correspondentieadres met betrekking tot de bovengenoemde aanvraag te bevestigen of te wijzigen tot:

Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

- Het met het bovengenoemde klantnummer verbonden adres.
The address associated with the above-mentioned Customer Number.

OF OR

- Het met het volgende klantnummer verbonden adres:
The address associated with Customer Number:

OF OR

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

<input type="checkbox"/> Naam van natuurlijke of rechtspersoon Firm or Individual Name					
Adres Address					
Plaats City		Staat State		Postcode Zip	
Land Country					
Telefoonnummer Telephone				E-mail Email	
<p>Ik ben de: I am the:</p> <p><input type="checkbox"/> Aanvrager/Uitvinder. Applicant/Inventor.</p> <p>OF OR</p> <p><input type="checkbox"/> Geregistreerde zaaktoegewezenen voor het gehele belang. Zie 37 CFR 3.71. Een verklaring op basis van 37 CFR 3.73(b) (Formulier PTO/SB/96) is hierbij ingesloten of werd gedeponeerd op _____.</p> <p>Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71. Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____.</p>					
HANDTEKENING van de aanvrager of geregistreerde zaaktoegewezenen SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record					
Handtekening Signature				Datum Date	
Naam Name				Telefoon Telephone	
Functie en bedrijf Title and Company					
<p>OPMERKING: de handtekeningen van alle uitvinders of geregistreerde zaaktoegewezenen voor het gehele belang of van hun vertegenwoordiger(s) zijn vereist. Gelieve meerdere formulieren in te vullen als meer dan één handtekening vereist is. Zie hieronder*.</p> <p>NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below*.</p> <p><input type="checkbox"/> *Een totaal van _____ formulieren is ingediend.</p> <p>*Total of _____ forms are submitted.</p>					

Practitioner(s) Name		Registration Number	

POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS (Supplemental Sheet)

Attorney Docket No.