

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.

ФОРМА ДОВЕРЕННОСТИ ИЛИ ОТЗЫВА ДОВЕРЕННОСТИ С ОФОРМЛЕНИЕМ НОВОЙ ДОВЕРЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЕМ АДРЕСА ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ 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		

Я настоящим отменяю все предыдущие доверенности, выданные по указанной выше заявке.

I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- Прилагаемая Доверенность
A Power of Attorney is submitted herewith.

ИЛИ OR

- Настоящим назначаю Адвоката (ов), ассоциированного (ых) со следующим номером клиента, в качестве моего/нашего (моих/наших) адвоката (ов) или агента (ов) для подачи вышеуказанной заявки и осуществления связанных с ней действий в Ведомстве по патентам и торговым знакам США:

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:

ИЛИ OR

- Настоящим назначаю перечисленных ниже Адвоката (ов) в качестве моего/нашего (моих/наших) адвоката (ов) или агента (ов) для подачи вышеуказанной заявки и осуществления связанных с ней действий в Ведомстве по патентам и торговым знакам США:

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:

Имя, фамилия Адвоката (ов) Practitioner(s) Name	Регистрационный номер Registration Number	Имя, фамилия Адвоката (ов) Practitioner(s) Name	Регистрационный номер Registration Number

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.

Прошу (сим) использовать следующий адрес для переписки или изменить адрес для переписки по указанной выше заявке на: Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:				
<input type="checkbox"/> Адрес, ассоциированный с указанным выше номером клиента. The address associated with the above-mentioned Customer Number.				
ИЛИ OR				
<input type="checkbox"/> Адрес, ассоциированный с номером клиента: The address associated with Customer Number:				
ИЛИ OR				
<input type="checkbox"/> Название фирмы или фамилия и имя лица Firm or Individual Name				
Адрес Address				
Город City		Штат State		Почтовый индекс Zip
Страна Country				
Телефон Telephone			Адрес электронной почты Email	
Я являюсь: I am the:				
<input type="checkbox"/> Заявителем/изобретателем. Applicant/Inventor.				
ИЛИ OR				
<input type="checkbox"/> Зарегистрированным правопреемником всей доли. См. Свод федеральных нормативных документов, раздел 37, § 3.71. <i>Заявление (Форма PTO/SB/96) в соответствии со Сводом федеральных нормативных документов, раздел 37, § 3.73(b) прилагается или подано отдельно _____ (дата).</i> Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71. <i>Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____.</i>				
ПОДПИСЬ заявителя или зарегистрированного правопреемника SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record				
Подпись Signature			Дата Date	
Имя, фамилия Name			Телефон Telephone	
Должность и компания Title and Company				
ПРИМЕЧАНИЕ. Требуется подписи всех изобретателей или зарегистрированных правопреемников всей доли или их представителя (ей). Если требуется более одной подписи, представить несколько форм – см. ниже *. 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*.				
<input type="checkbox"/> *Всего представлено _____ форм (ы). *Total of _____ forms are submitted.				

POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS (Supplemental Sheet)		Attorney Docket No.	
Practitioner(s) Name	Registration Number	Practitioner(s) Name	Registration Number