

Réservé à l'INPI

REMISE DES PIÈCES
DATE
LIEU
N° D'ENREGISTREMENT
NATIONAL ATTRIBUÉ PAR L'INPI

DB 540-2/10-2014

7 MANDATAIRE <i>(s'il y a lieu)</i>	
Nom	
Prénom	
Cabinet ou Société	
N °de pouvoir permanent et/ou de lien contractuel	
Adresse	Rue
	Code postal et ville
	Pays
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>	
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>	
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>	
8 INVENTEUR(S)	Les inventeurs sont nécessairement des personnes physiques
Le(s) demandeur(s) et l'(les)inventeur(s) sont la (les) même(s) personne(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : dans ce cas remplir le formulaire de Désignation d'inventeur(s)
9 BÉNÉFICIAIRE DE LA RÉDUCTION DU TAUX DES REDEVANCES	<input type="checkbox"/> Personne(s) physique(s) <input type="checkbox"/> Entreprise de moins de 1000 salariés et dont 25% au plus du capital est détenu par une autre entité ne remplissant pas la même condition (attestation à fournir dans le mois du dépôt) <input type="checkbox"/> Organisme à but non lucratif dans le domaine de l'enseignement ou de la recherche (attestation à fournir dans le mois du dépôt)
10 SÉQUENCES DE NUCLEOTIDES ET/OU D'ACIDES AMINÉS	<input type="checkbox"/> Cochez la case si la description contient une liste de séquences <input type="checkbox"/> Le support électronique de données est joint <input type="checkbox"/> La déclaration de de conformité de la liste de séquences sur support papier avec le support électronique de données est jointe
11 MATIÈRE BIOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> Cochez la case si de la matière biologique a été déposée auprès d'une autorité de dépôt Nom de cette autorité : Numéro(s) du (des) dépôt(s) : En cochant la case ci-après, le(s) demandeur(s) indique(nt) que seul un expert peut avoir accès à la matière biologique déposée <input type="checkbox"/>
12 EXTENSION DE LA PROTECTION	
En cochant la (les) case(s) ci-après, le(s) demandeur(s) manifeste(nt) l'intention d'étendre les effets de la demande de brevet et du brevet délivré sur la base de cette demande au(x) territoire(s) indiqué(s) avec le(s)quel(s) des accords d'extension sont en vigueur à la date du dépôt de la demande.	
<input type="checkbox"/> Nouvelle-Calédonie <input type="checkbox"/> Polynésie française	
Si la (les) redevance(s) d'extension n'est (ne sont) pas acquittée(s) en même temps que la redevance de dépôt, la demande d'extension est réputée retirée.	
Si vous avez utilisé l'imprimé «Suite», indiquez le nombre de pages jointes	
13 SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE	VISA DE L'INPI
Nom :	Signature :
Qualité :	

Réservé à l'INPI

REMISE DES PIÈCES
DATE
LIEU
N° D'ENREGISTREMENT
NATIONAL ATTRIBUÉ PAR L'INPI

Veillez remplir ce formulaire à l'encre noire

DB 540-3/10-2014

Vos références pour ce dossier <i>(facultatif)</i>		
4 DÉCLARATION DE PRIORITÉ OU REQUÊTE DU BÉNÉFICE DE LA DATE DE DÉPÔT D'UNE DEMANDE ANTÉRIEURE FRANÇAISE	Pays ou organisation Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°	
	Pays ou organisation Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°	
	Pays ou organisation Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°	
	6 DEMANDEUR (Cochez l'une des 3 cases) <input type="checkbox"/> Personne morale à compter de 1000 salariés <input type="checkbox"/> Personne morale de moins de 1000 salariés <input type="checkbox"/> Personne physique	
	Nom ou dénomination sociale	
	Prénoms	
Forme juridique		
N° SIREN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Code APE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Domicile ou siège	Rue	
	Code postal et ville	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Pays	
Nationalité		
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>		
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>		
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>		
6 DEMANDEUR (Cochez l'une des 3 cases) <input type="checkbox"/> Personne morale à compter de 1000 salariés <input type="checkbox"/> Personne morale de moins de 1000 salariés <input type="checkbox"/> Personne physique		
Nom ou dénomination sociale		
Prénoms		
Forme juridique		
N° SIREN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Code APE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Domicile ou siège	Rue	
	Code postal et ville	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Pays	
Nationalité		
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>		
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>		
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>		
13 SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE		
Nom :	Signature :	
Qualité :		
VISA DE L'INPI		

