

DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02431734

PART/PARTIE I

PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT

Brand Name/ Nom commercial	BIOXY ENVIRO
Dosage Form/ Forme posologique	POWDER
Route of Administration/ Voie d'administration	DISINFECTANT (Barn) DISINFECTANT (Food Premises) DISINFECTANT (Hospital/HC Facilities) DISINFECTANT (Institutional/Industrial)
Class/Classe	Disinfectant
<i>If applicable / au besoin</i> Veterinary Species Type/Type d'espèce animale	Subtype/Sous-type
CR File/ No du dossier (dépôt central)	9410-43334-DIN
Submission No./ No de la demande	176809

INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS

Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 BENZALKONIUM CHLORIDE	2.0 %	
2 ALKYL DIMETHYL ETHYLBENZYL AMMONIUM CHLORIDE	2.0 %	

Please note that the information found inside the form should not be modified electronically.

DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02431734

COMPANY INFORMATION/INFORMATION SUR L'ENTREPRISE

A1 DIN OWNER
 Company Name/ **BIOXY AFD INC**
 Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 220 PLACE FORESTIER Suite:

City/Ville: SAINTE-CATHERINE Province: QUEBEC / QUÉBEC

Country/Pays: CANADA / CANADA Postal Code/Code Postal: J5C 1E9 P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: ALAIN BRUNET, PRESIDENT

Tel/Tél: 514-830-9447 Fax: N/A Language/Lanque: English/Anqlais French/Français

E-mail/Adresse électronique: alainbrunet777@gmail.com

Address Designation/Indicatif de station: Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration

A2 AGENT
 Company Name/ **ATOMS F.D. INC**
 Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 3485 ASHBY Suite:

City/Ville: VILLE SAINT- LAURENT Province: QUEBEC / QUÉBEC

Country/Pays: CANADA / CANADA Postal Code/Code Postal: H4R 2K3 P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: MR FADI DAGHER, TECHNICAL DIRECTOR

Tel/Tél: 514-745-2597 Fax: 514-745-5176 Language/Lanque: English/Anqlais French/Français

E-mail/Adresse électronique: fadi@atomesbio.com

Address Designation/Indicatif de station: Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration

DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02431734

PART/PARTIE II

NOTIFIED INFORMATION/INFORMATION REQUISE

Packaging Information/Information sur l'emballage

Quantity/ Quantité	Unit/ Unité	Type	Additional Product Information/Information additionnelle sur le produit

Other Information/Autre Information

Schedule/Inscription à l'annexe

**Pharmaceutical Standard/
Norme pharmaceutique**

<p>New to the Canadian Market/ Nouveau sur le marché canadien?</p> <p>Yes/ <input type="checkbox"/> No/ <input type="checkbox"/> Oui Non</p>	<p>Replaces a previously notified product/Remplace un produit déjà déclaré?</p> <p>Yes/ <input type="checkbox"/> No/ <input type="checkbox"/> Oui Non</p> <p>If yes, provide DIN (for inactivation)/Dans l'affirmative, veuillez préciser le DIN (à des fin d'inactivation)</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
---	--

<p>Date first sold in Canada/ Date d'introduction sur le marché canadien?</p>	<p>D/J M Y/A</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>								

Attach on reverse side of this page/ Agrafer au verso de cette page

a) inner and outer labels/étiquettes intérieure et extérieure
b) package inserts if any/notices de conditionnement, le cas échéant

When completed this form constitutes your drug notification. Retain a copy for your records, and submit this form within 30 days after date of first sale.

Une fois remplie, cette formule constitue votre déclaration de médicament. Vous devez en conserver une copie pour vos dossiers et retourner l'autre copie dans les 30 jours suivant la date de la première vente.

<p>Name of Authorized Signing Official/ Nom du signataire autorisé</p>	<p>Title/Titre</p>	<p>Signature</p>	<p>Date</p> <p>D/J M Y/A</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>						