

DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02434784

PART/PARTIE I

PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT	
Brand Name/ Nom commercial	GERMILEX V - POULTRY AND VETERINARY DISINFECTANT SOLUTION
Dosage Form/ Forme posologique	LIQUID
Route of Administration/ Voie d'administration	DISINFECTANT (Barn) DISINFECTANT (Food Premises) 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)	9410-43371-DIN
Submission No./ No de la demande	178425

INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS		
Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 ALKYL DIMETHYL ETHYLBENZYL AMMONIUM CHLORIDE	5.0 % / W/W	
2 BENZALKONIUM CHLORIDE	5.0 % / W/W	

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

DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02434784

COMPANY INFORMATION/INFORMATION SUR L'ENTREPRISE

A1 DIN OWNER
 Company Name/ Nom de l'entreprise: **3D ECO CHEMICAL LABS**

Street/Rue: 2100 STEELES AVE WEST, UNIT 104 Suite:

City/Ville: CONCORD Province: ONTARIO / ONTARIO

Country/Pays: CANADA / CANADA Postal Code/Code Postal: L4K 2V1 P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: SHAHBAZ AHMED, BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER

Tel/Tél: 416-829-3015 Fax: 905-695-1301 Language/Lanque: English/Anglais French/Français

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

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

DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02434784

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"/> / Oui <input type="checkbox"/> No/ <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Replaces a previously notified product/Remplace un produit déjà déclaré?</p> <p>Yes/ <input type="checkbox"/> / Oui <input type="checkbox"/> No/ <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, provide DIN (for inactivation)/Dans l'affirmative, veuillez préciser le DIN (à des fin d'inactivation)</p> <p>_____</p>
--	---

<p>Date first sold in Canada/ Date d'introduction sur le marché canadien?</p>	<p>D/J M Y/A</p> <p> </p>
--	--

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> <p> </p>
---	---------------------------	-------------------------	--