



# DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

**DIN: 02470403****PART/PARTIE I****PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT**

Brand Name/ Nom commercial	ZOONO HAND SANITIZER	
Dosage Form/ Forme posologique	SOLUTION	
Route of Administration/ Voie d'administration	TOPICAL (HOUSEHOLD) TOPICAL (COMMERCIAL)	
Class/Classe	Human	
If applicable / au besoin Veterinary Species Type/Type d'espèce animale	Subtype/Sous-type	
CR File/ No du dossier (dépôt central)	1-HC6-24-D203764	
Submission No./ No de la demande	203764	

**INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS**

Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 BENZALKONIUM CHLORIDE	0.13 % / 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: 02470403****COMPANY INFORMATION/INFORMATION SUR L'ENTREPRISE****A1 DIN OWNER**Company Name/ **ZOONO GROUP LIMITED**  
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 31 HANNIGAN DRIVE

Suite:

City/Ville: ST JOHNS

Province: AUCKLAND

Country/Pays: NEW ZEALAND

Postal Code/Code Postal: 1072

P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: PAUL A MORRISON, MANAGING DIRECTOR

Tel/Tél: 64 21 934938

Fax: +64 9 8360249

Language/Langue:  English/Anlais  French/Français

E-mail/Adresse électronique: paul.morrison@zono.com

Address Designation/Indicatif de station:

 Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration**A2 AGENT**Company Name/ **MACISAAC & ASSOCIATES**  
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 440 GLOUCESTER STREET, SUITE 2111

Suite:

City/Ville: OTTAWA

Province: ONTARIO

Country/Pays: CANADA

Postal Code/Code Postal: K1R 7T8

P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: JOHN MACISAAC, CONSULTANT

Tel/Tél: 613-236-2250

Fax: 613-236-5736

Language/Langue:  English/Anlais  French/Français

E-mail/Adresse électronique: macisaac-associates@bell.net

Address Designation/Indicatif de station:

 Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration



# DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

**DIN: 02470403**

**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****New to the Canadian Market/  
Nouveau sur le marché canadien?**
 Yes/   
 Oui 

 No/   
 Non 
**Replaces a previously notified product/Remplace un produit déjà déclaré?**
 Yes/   
 Oui 

 No/   
 Non 
**If yes, provide DIN (for inactivation)/Dans l'affirmative, veuillez préciser le  
 DIN (à des fins d'inactivation)**
**Date first sold in Canada/  
 Date d'introduction sur le marché canadien?**

D/J      M      Y/A

**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.**

Name of Authorized Signing Official/ Nom du signataire autorisé	Title/Titre	Signature	Date	Date	Date
			D/J	M	Y/A