



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02464071

PART/PARTIE I
PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT

Brand Name/ Nom commercial	Z-71 MICROBE SHIELD		
Dosage Form/ Forme posologique	SOLUTION		
Route of Administration/ Voie d'administration	DISINFECTANT (Barn) DISINFECTANT (Food Premises) DISINFECTANT (Hospital/HC Facilities) DISINFECTANT (Domestic) DISINFECTANT (Institutional/Industrial)		
Class/Classe	Disinfectant		
If applicable / au besoin			
Veterinary Species Type/Type d'espèce animale			Subtype/Sous-type
CR File/ No du dossier (dépôt central)	1-HC6-24-D203702		
Submission No./ No de la demande	203702		

INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS

Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 BENZALKONIUM CHLORIDE	0.2 % / 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: 02464071**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:

Language/Langue: English/Anglais French/Français

E-mail/Adresse électronique: paul.morrison@zoono.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, REGULATORY ADVISOR

Tel/Tél: 613-236-2250

Fax: 613-482-4950

Language/Langue: English/Anglais French/Français

E-mail/Adresse électronique: MacIsaac-Associates@bell.net

Address Designation/Indicatif de station:

 Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration**A3 IMPORTER**Company Name/ **ZOONO PROTECT CANADA**
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 84-86 ELIZABETH AVENUE

Suite:

City/Ville: ST JOHN'S

Province: NEWFOUNDLAND AND LABRADOR

Country/Pays: CANADA

Postal Code/Code Postal: A1C 6C9

P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable:

Tel/Tél:

Fax:

Language/Langue: English/Anglais French/Français

E-mail/Adresse électronique:

Address Designation/Indicatif de station:

 Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02464071

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
 D/J M Y/A

--	--	--	--	--	--