



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02358042

PART/PARTIE I
PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT

Brand Name/ Nom commercial	ENVIROCLEANSE A		
Dosage Form/ Forme posologique	SOLUTION		
Route of Administration/ Voie d'administration	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-D136334		
Submission No./ No de la demande	136334 , 255244		

INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS

Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 HYPOCHLOROUS ACID	0.0338 %	

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



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02358042**COMPANY INFORMATION/INFORMATION SUR L'ENTREPRISE****A1 DIN HOLDER**Company Name/ **ENVIROCLEANSE LLC**
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 22762 WESTHEIMER PKWY Suite: 550

City/Ville: KATY Province: TEXAS

Country/Pays: UNITED STATES Postal Code/Code Postal: 77450 P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: TUSHAR DESAI, VICE PRESIDENT, BUSINESS DEVELOPMENT

Tel/Tél: 713-840-0404 X 8014 Fax: 281-717-6934 Language/Lanque: English/Anlais French/Francais

E-mail/Adresse électronique: tdesai@eco-enviro.com

Address Designation/Indicatif de station: Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration**A2 IMPORTER**Company Name/ **CHARTER BROKERAGE LLC**
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 140 - 4TH AVENUE SW Suite:

City/Ville: CALGARY Province: ALBERTA

Country/Pays: CANADA Postal Code/Code Postal: T2P 3N3 P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: TERRY PETERSON

Tel/Tél: 403-398-1694 Fax: Language/Lanque: English/Anlais French/Francais

E-mail/Adresse électronique: tpeterson@charterbrokerage.net

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



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02358042

PART/PARTIE II
NOTIFIED INFORMATION/INFORMATION FACULTATIVE
Packaging Information/Information sur l'emballage

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

REQUIRED INFORMATION / INFORMATION OBLIGATOIRE

**Date first sold in Canada or date sales resumed/
Date d'introduction ou réintroduction sur le marché canadien?**

D/J	M	Y/A

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