

DRUG NOTIFICATION FORM **FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT** **DIN: 02557371**

PART/PARTIE I

PRODUCT INFORMATION / INFORMATION SUR LE PRODUIT	
Brand Name / Nom commercial	SOLUS
Description / Description	
Class/Classe	Disinfectant / Désinfectant
Schedule	OTC / En vente libre
Division 1 ☒ Division 8 ☐	
Veterinary Species Type/Type d'espèce animale <i>If applicable / au besoin</i>	Subtype/Sous-type
File Number / No du dossier (dépôt central)	D295882
Submission No / No de la demande	295882

COMPOSITION INFORMATION/ INFORMATION SUR LES COMPOSITIONS		
Composition No : 1		
Manufactured Dosage Form / Forme posologique manufacturée	SOLUTION / Solution	
Administrable Dosage Form / Forme posologique administrable		
Route of Administration/ Voie d'administration	DISINFECTANT (Food Premises) / Désinfectant (Lieux de transformation alimentaire); DISINFECTANT (Hospital/HC Facilities) / Désinfectant (Hôpitaux, établissements de soins de santé); DISINFECTANT (Domestic) / Désinfectant (Usage domestique); DISINFECTANT (Institutional/Industrial) / Désinfectant (Institutions/Industries)	
Ingredient Name / Nom de l'ingrédient	Strength / Concentration	Supplied As / Forme
HYPOCHLOROUS ACID / Acide hypochloreux	0.0367 % / W/W	

DRUG NOTIFICATION FORM **FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT** **DIN: 02557371**

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

COMPANY INFORMATION / INFORMATION SUR L'ENTREPRISE

A1 DIN OWNER	
Company Name/Nom de l'entreprise: LES NETTOYANTS SOLUS INC.	
Address Line 1/Adresse Ligne 1: 12300 RUE DE L'AVENIR MIRABEL	Address Line 2/Adresse Ligne 2:
Suite/Bureau:	P.O. Box/Casier postal:
City/Ville: MIRABEL	Country/Pays: CA
Province: QC	Postal Code/Code Postal: J7J 2K4
Contact/Responsable: NATHAN GAGNON	
Tel/Tél: 438-686-1919	Fax: NO FAX
Language/Langue: ☐ English/Anglais, ☒ French/Francais	
E-mail/Adresse électronique: contact@nettoyants-solus.ca	
Address Designation/Indicatif de station: ☒ Mailing/Courier, ☒ Billing/Facturation, ☐ Notification/Déclaration	

DRUG NOTIFICATION FORM **FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT** **DIN: 02557371**

PART/PARTIE II

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