



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02515636**PART/PARTIE I****PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT**

Brand Name/ Nom commercial	CASK-AIDE	
Dosage Form/ Forme posologique	POWDER FOR SOLUTION	
Route of Administration/ Voie d'administration	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-D245893	
Submission No./ No de la demande	245893	

INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS

Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 CITRIC ACID	100 % / 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: 02515636**COMPANY INFORMATION/INFORMATION SUR L'ENTREPRISE****A1 DIN HOLDER**Company Name/ **OXYGEN INC.**
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 80 RANKIN STREET

Suite: 4

City/Ville: WATERLOO

Province: ONTARIO

Country/Pays: CANADA

Postal Code/Code Postal: N2V 1V9

P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: HAMID SALSALI, PRESIDENT

Tel/Tél: 519-588-6648

Fax: NO FAX #

Language/Langue: English/Anglais French/Français

E-mail/Adresse électronique: hamid.salsali@oxygeninc.ca

Address Designation/Indicatif de station:

 Mailing/Courier Billing/Facturation Notification/Déclaration



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02515636

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