



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02517981**PART/PARTIE I****PRODUCT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PRODUIT**

Brand Name/ Nom commercial	HYGEIO SHIELD INTERIOR DISINFECTANT	
Dosage Form/ Forme posologique	SPRAY 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-D250923	
Submission No./ No de la demande	250923	

INGREDIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LES INGRÉDIENTS

Ingredient Names/Nom de l'ingrédient	Strength/Concentration	Supplied As/Forme
1 BENZALKONIUM CHLORIDE	0.125 % / W/W	
2 SODIUM HYPOCHLORITE	0.125 % / 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: 02517981**COMPANY INFORMATION/INFORMATION SUR L'ENTREPRISE****A1 DIN HOLDER**

Company Name/ **PAME ECO TECHNOLOGY INC.**
Nom de l'entreprise:

Street/Rue: 86 B NORTHLINE ROAD

Suite:

City/Ville: TORONTO

Province: ONTARIO

Country/Pays: CANADA

Postal Code/Code Postal: M4B 3E5

P.O. Box/Casier postal:

Contact/Responsable: JANPREET SINGH ATWAL, REGULATORY CONSULTANT

Tel/Tél: 647-804-7089

Fax:

Language/Langue:

☒ English/Anglais☐ French/Français

E-mail/Adresse électronique: jatwal@splicebiotechnics.com

Address Designation/Indicatif de station:

☒ Mailing/Courier☒ Billing/Facturation☒ Notification/Déclaration



DRUG NOTIFICATION FORM FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE MÉDICAMENT

DIN: 02517981**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