|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FREE SALE CERTIFICATE** | | CERTIFICATE NUMBER  *NUMÉRO DE CERTIFICAT*  *C2223-xxx* | | | ***CERTIFICAT DE VENTE LIBRE*** | |
| I, LAURA BEHR-DAVID, AM THE COORDINATOR OF THE TRADE CERTIFICATE PROGRAM AT THE CANADIAN HEALTH FOOD ASSOCATION (CHFA), A NATIONAL TRADE ASSOCIATION OF MANUFACTURERS AND MARKETERS OF NATURAL HEALTH PRODUCTS, WITH OFFICES AT 235 YORKLAND BLVD, SUITE 201, TORONTO ON M2J 4Y8.  BY VIRTUE OF THIS DOCUMENT, I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND FOLLOWING RECEIPT OF DOCUMENTARY PROOF OF SALE FROM THE MANUFACTURER, THE NATURAL HEALTH PRODUCT IDENTIFIED AND DESCRIBED HEREIN AND MANUFACTURED AT THE FACILITY LISTED BELOW IS PERMITTED TO BE FREELY SOLD THROUGHOUT CANADA AND IS IN COMPLIANCE WITH ALL CURRENT LOCAL, PROVINCIAL AND FEDERAL LAWS AND REGULATIONS, INCLUDING:  THE *FOOD AND DRUGS ACT* AND THE *NATURAL HEALTH PRODUCT REGULATIONS* | | | JE, LAURA BEHR-DAVID, SUIS LA COORDONNATRICE DU PROGRAMME DE CERTIFICAT DE COMMERCE DE L’ASSOCIATION CANADIENNE DES ALIMENTS DES SANTÉ, UNE ASSOCIATION PANCANADIENNE REGROUPANT DES ENTREPRISES MANUFACTURANT ET COMMERCIALISANT DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS, AYANT SES BUREAUX AU 235 YORKLAND BLVD, SUITE 201, TORONTO ON M2J 4Y8.  PAR CE DOCUMENT, JE CERTIFIE QU’AU MEILLEUR DE MES CONNAISSANCES ET À LA SUITE DE LA RÉCEPTION DE PREUVES DOCUMENTAIRES ADÉQUATES DU MANUFACTURIER, LE PRODUIT DE SANTÉ NATUREL CI- IDENTIFIÉ ET DÉCRIT, MANUFACTURÉ À L’ADRESSE CI-DESSOUS, EST LÉGALEMENT COMMERCIALISÉ ET DISPONIBLE EN VENTE LIBRE À TRAVERS LE CANADA ET QU’IL EST EN CONFORMITÉ AVEC LES RÈGLEMENTATIONS LOCALES, PROVINCIALES ET FÉDÉRALES EN VIGUEUR, INCLUANT :  LA *LOI SUR LES ALIMENTS ET DROGUES* ET LE *RÈGLEMENT SUR LES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS* | | | |
| **EXPORTER iNFORMATION / *RENSEIGNEMENTS SUR L’EXPORTATEUR*** | | | | | | |
| Exporting (certifying) country: *Pays exportateur (certificateur):* |  | | | Importing (requesting) country: *Pays importateur (demandeur) :* | |  |
| Name of exporter :  *Nom dE L’exportateur :* |  | | | | | |
| Street address: *Adresse :* |  | | | | | |
| City: *Ville :* |  | | | Province: *Province :* | |  |
| Country: *Pays :* |  | | | Postal code: *Code postal :* | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Product Information / *Renseignements sur le produit*** | | | | | | | | | | |
| NATURAL PRODUCT NUMBER (NPN) /  *nUMÉRO DE PRODUIT NATUREL (NPN) :* | | | Recommended Use or Purpose / *usage, fins recommandÉs:* | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| Product brand name / *marque nominative de produits :* | | | | Dosage form / *Forme posologique :* | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| Route of administration: *Voie d'administration :* | | | | Sterile dosage: *forme posologique stÉrile :* | |  | | Yes *Oui* |  | No *Non* |
|  | | | |  | |  | |  |  |  |
| Medicinal ingredient(s) (common name): *Ingrédient(s) médicinal (médicinaux)  (nom usuel) :* | | | | Quantity/dosage unit: *Quantité par unité posologique :* | | Potency (if any): *activitÉ (le cas échéant):* | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
| THE ABOVE NAMED PRODUCT HAS BEEN EVALUATED BY HEALTH CANADA AND IS AUTHORIZED FOR SALE IN CANADA /  *SANTÉ CANADA A ÉVALUÉ LE PRODUIT SUSMENTIONNÉ ET A AUTORISÉ SA VENTE AU CANADA.* | | | | | | | | | | |
| **SITE INFORMATION / *RENSEIGNEMENTS SUR LE SITE*** | | | | | | | | | |
| Authorized activities /  *Activités autorisées* | Building address /  *Adresse du bâtiment* | | | Site Licence No / *No. de licence d’exploitation* | | expiry Date */*  *Date d’expiration* | | | |
| Manufacturing /  *Fabrication:* |  | | |  | |  | | | |
| Packaging /  *Emballage:* |  | | |  | |  | | | |
| Labelling /  *Étiquetage:* |  | | |  | |  | | | |

The above site(s) have been assessed for compliance with the Good Manufacturing Practice requirements of the Natural Health Products Regulations / *Les sites et activités ci-dessus ont été évalués relativement à la conformité aux exigences des Bonnes pratiques de fabrication des Réglements sur les produits de santé naturels.*

|  |  |
| --- | --- |
| **certifying AGency information / *renseignements sur L’AGENCE de certification*** | |
| ADDRESS OF CERTIFYING AGENCY / ADRESSE DE L’AGENCE DE CERTIFICATION  **CANADIAN HEALTH FOOD ASSOCATION (CHFA)**  **235 YORKLAND BLVD, SUITE 201, TORONTO ON M2J 4Y8** | ADDRESS OF REGULATING AUTHORITY /  ADRESSE DE L’AUTORITÉ RÉGLEMENTAIRE  **l’Association canadienne des aliments de santé**  **235, boulevard Yorkland, bureau 201**  **Toronto (Ontario) M2J 4Y8** |
| signature of CHFA authorized official / *signature du responsable autorisé de CHFA :*  **LAURA BEHR-DAVID**  COORDINATOR, CHFA TRADE CERTIFICATE PROGRAM -  FREE SALE CERTIFICATE ISSUANCE OFFICER /  *COORDONNATRICE, PROGRAMME D’EMISSION DE CERTIFICATS DE COMMERCE DE CHFA - OFFICIER POUR L’EMISSION DE CERTIFICATS DE VENTE LIBRE* | DATE OF ISSUANCE  *DATE D’ÉMISSION* |

**LYNE MAJOR**

**Commissaire à l’assermentation – COMMISSIONER OF OATHS**

**Ville de Montréal - City of Montreal**

**Limité à l’attestation de documents et prises d’affidavits**

**Limited to the attestation of instruments and the taking of affidavits**

**Expiration 2025-03-20**