



**Note: Only submit this document with the application when the party signing the application is a designated party acting on behalf of the applicant or licensee according to paragraph 5(b) of the *Natural Health Products Regulations*. A separate authorization is required for each application.**

**Note : Ne présenter ce document avec la demande que lorsque la partie désignée signe la demande au nom du demandeur ou du titulaire conformément à l'alinéa 5(b) du *Règlement sur les produits de santé naturels*. Une autorisation distincte est obligatoire pour chaque demande.**

I \_\_\_\_\_ authorize \_\_\_\_\_ of  
 Je \_\_\_\_\_ donne l'autorisation à \_\_\_\_\_ de  
 (The Senior Official / Agent principal) (Third party person / Tierce partie)

\_\_\_\_\_ to file a submission with the Natural Health Products  
 de remplir une présentation à la Direction des produits  
 (Third party company name / Nom de l'entreprise de la tierce partie)

Directorate on behalf of \_\_\_\_\_  
 de santé naturels au nom de \_\_\_\_\_  
 (Applicant/Company name / Nom du demandeur/de l'entreprise)

\_\_\_\_\_  
 Signature Print Name / Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
 Title / Titre Applicant/Company name / Nom du demandeur/de l'entreprise

Date  
 | y/a | y/a | y/a | y/a | m | m | d/j | d/j |

**CONTACT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE**

Surname / Nom de famille <input type="checkbox"/> Mr. / M. <input type="checkbox"/> Ms. / Mme <input type="checkbox"/> Dr.		Given Name / Prénom	
Title / Titre		Language preferred / Langue de préférence <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français	
Street/Suite/Land Location / Rue/bureau/emplacement			
City - Town / Ville	Province - State / Province/état	Country / Pays	Postal/ZIP Code / Code postal/ZIP
Telephone No. / N° de téléphone	Ext. / Poste	Fax No. / N° de télécopieur	E-mail / Adresse électronique