

FORMULAIRE 2024

DEMANDE DE CONTRÔLE D'UNE INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF EXISTANTE

Les dossiers incomplets ne seront pas traités.

Vente du bâti

Dysfonctionnement de l'installation

Contre-visite

Cadre réservé à l'organisme de contrôle : Numéro de dossier : Date de la demande :
Date et heure du 1^{er} appel : Résultat :
Date et heure du 2^{ème} appel : Résultat :
Date et heure du 3^{ème} appel : Résultat :

1. ADRESSE DE L'INSTALLATION À CONTRÔLER :

N°: Voie :
Code postal : Ville : Références cadastrales :

2. IDENTITÉ DU PROPRIÉTAIRE ET FACTURATION :

Je suis :

A. UN PARTICULIER :

Nom et Prénom 1 : Date et lieu de naissance : ;
Nom et Prénom 2 : Date et lieu de naissance : ;
Adresse (Envoi du rapport et de la facture) :
N°: Voie :
BP : Code Postal : Ville :
Téléphone : Mail :

B. UNE SOCIÉTÉ :

Nom de la société : N° SIRET :
Adresse (Envoi du rapport et de la facture) :
N°: Voie :
BP : Code Postal : Ville :
Téléphone : Mail :

C. UNE COLLECTIVITÉ :

Nom de la collectivité : N° SIRET :
Adresse (Envoi du rapport et informations indispensables pour la facturation) :
N°: Voie :
BP : Code Postal : Ville :
Téléphone : Mail :
N° d'engagement* : Code service* : (*Merci de rayer les mentions inutiles)

3. PERSONNE À CONTACTER POUR PROGRAMMER L'INTERVENTION

Nom et prénom : Téléphone :

4. CARACTÉRISTIQUES DE L'IMMEUBLE CONCERNÉ :

MAISON D'HABITATION INDIVIDUELLE

Type de résidence : Principale, Secondaire, Location : (Saisonnaire / Permanente), Autre :
Nombre de logements raccordés au dispositif : Nombre d'habitants :
Nombre de pièces principales : chambre(s) : salon : salle à manger :
bureau(x) : salle(s) de jeux :

