FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONTROLE AU RESEAU D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

Document à compléter et à retourner au service assainissement

1. OBJET DE LA DEMANDE

☐ Contrôle dans le cadre d'une vente immobilière d'un habitat individuel (160 € TTC)

☐ Contrôle dans le cadre d'une vente immobilière d'un appartement (100 € TTC/ logement)

☐ Contre-visite après réalisation de travaux de mise en conformité (60 € TTC)

☐ Autre motif : .....

2. IDENTIFICATION DU BIEN À CONTRÔLER

Adresse du bien :

N° et rue : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Références cadastrales : Section ..... Parcelle(s) .....

Nature du bien :

☐ Maison individuelle ☐ Immeuble collectif

☐ Local professionnel ou commercial ☐ Autre : .....

Nombre de logements concernés : .....

3. COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Société / SCI

Nom et prénom / Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Adresse électronique : .....

4. FACTURATION DU CONTRÔLE

☐ Propriétaire

☐ Si différent du propriétaire :

Nom/Prénom : .....

N° et rue : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

5. PERSONNE À CONTACTER POUR LE RENDEZ-VOUS (si différent du propriétaire)

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Notaire ☐ Agent immobilier ☐ Autre

Nom et prénom : .....

Téléphone : ..... Adresse électronique : .....

6. ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

- **Du demandeur**

Je soussigné(e), ..., sollicite la réalisation d'un contrôle du raccordement du bien désigné ci-dessus au réseau public d'assainissement collectif.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à faciliter l'accès aux installations nécessaires au contrôle.

En cas de non-paiement par le tiers désigné au paragraphe 4, je m'engage à régler le montant de la prestation de contrôle.

L'absence du demandeur ou de son représentant suite à un rendez-vous planifié est facturé 48 € TTC.

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de réalisation du contrôle ainsi que des tarifs applicables, le cas échéant.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du demandeur :

- **De la personne prenant en charge la facturation (si différente du demandeur)**

Je soussigné(e), ..., confirme accepter la facturation du contrôle d'assainissement désigné dans ce document et m'engage à en régler le montant dès réception de l'avis des sommes à payer / de la facture.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du payeur :

Contact service assainissement :

Pierre-Emmanuel LIGIER : pierre-emmanuel.ligier@ccst90.fr
Julien MICLO : julien.miclo@ccst90.fr

---

7. CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE ASSAINISSEMENT

Date de réception de la demande : ..... Date du rendez-vous : .....

Date du contrôle : ..... Nom du technicien : .....

Observations :

Service Assainissement
6, rue Juvénal Viellard - Site des Forges
90600 GRANDVILLARS Cedex
Tél. 03 84 23 50 81
www.cc-sud-territoire.fr