

Informations relatives au demandeur :

Je soussigné(e), Mr ou Mme (nom et prénom en majuscule) :
 Tél : E.Mail :
 Adresse :
 Agissant en qualité de :
 Propriétaire Notaire Syndic de copropriété Agence immobilière Autre
 Nom du cabinet / agence :

Informations relatives au(x) bien(s) à contrôler :

N° : Rue :
 Code Postal : Commune :
 Bâtiment n° : Numéro(s) de(s) lot(s) :
 Type d'habitation :
 Maison Appartement Etablissement Garage Local Commercial Autre :
 Nombre de bien(s) à contrôler :
 Coordonnées du Syndic s'il s'agit d'une copropriété :
 Nom du propriétaire (si différent du demandeur) :

Personne à contacter pour la prise de RDV :

Nom de la personne présente lors de l'enquête :
 Tél : E.Mail :

Le demandeur suscit e atteste et certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Signature :
 Fait à :, le :

Renseignements pour l'engagement de paiement :

Le Conseil départemental, dans sa séance du 12/03/2020, a fix e la participation financière des demandeurs aux montants suivants : (Voir tarif en vigueur joint)
La demande ne sera prise en compte que si elle est faite par le syndic pour l'ensemble de la copropriété. Le Département ne proc edera pas au contrôle et à la délivrance d'un certificat pour un seul appartement.

N'envoyez pas de paiement : Ce(s) montant(s) vous sera(seront) r eclam es ultérieurement par le Trésor Public

Je soussigné(e), (nom et prénom de la personne qui aura à s'aquitter du paiement) :
 date et lieu de naissance (pour les personnes physiques) :/...../.....
 (pour les établissements, soci etes et entreprises, indiquez le nom et la qualité de la personne habilitée) :

 (pour les établissements publics, indiquez le numéro d'engagement du bon de commande et le code service) :

m'engage à me conformer au règlement de l'assainissement départemental et à verser, à la première demande de l'administration, la(les) participation(s) financière(s) au montant de la dépense faite pour le contrôle du raccordement et l'établissement du certificat de conformité.
Tout rendez-vous pris et non annul e 24h à l'avance est dû. Il vous sera factur e 70,80  TTC.
 N° : Rue :
 Code Postal : Commune :
 Bâtiment n° : Appartement n° :
 Téléphone :
 N° Siret :
 Fait à :, le :
 Signature - cachet (obligatoire pour les personnes morales)

Utilisation des données fournies:

Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles, je vous informe que l'ensemble des renseignements transmis sont enregistr es pour le traitement du dossier et à des fins statistiques.

Ce formulaire en original totalement compl et e est à renvoyer à l'adresse postale suivante : Conseil Départemental - DEA/SEER - 93006 Bobigny Cedex ou par e.mail : conformite-assainissement@seinesaintdenis.fr.

- Toute demande formulée au moyen d'un imprim e diff erent sera consid eree comme nulle et vous sera retournée.
 - Toute demande incomplète sera consid eree comme nulle et vous sera retournée.
 - Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter le Département - Direction de l'Eau et de l'Assainissement, Tél:01.43.93.65.00 de 9h à 12h, e.mail : conformite-assainissement@seinesaintdenis.fr