

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° : Appartement n° :

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. Fait à :, le : | Signature : |
|--|-------------|

Renseignements pour l'engagement de paiement :

Le Conseil Départemental, dans ses séances du 02/07/2015 et du 10/12/2015, a fix e la participation financière des demandeurs aux montants suivants :

** Control e de la conformité du raccordement (1 eme visite) : Maison individuelle : 130  TTC - Habitat collectif (1 ou plusieurs logements) : 201 /HT/h*

** Contre visite (2 eme visite si nécessaire après travaux de mise en conformité) : Maison individuelle : 55  TTC - Habitat collectif (1 ou plusieurs logements) : 130  TTC*

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

Je soussign e(e), (nom et prénom de la personne qui aura à s'acquitter du paiement) :

..... Né(e) le (pour les particuliers) :

(pour les établissements, soci etes et entreprises, indiquez le nom et la qualité de la personne habilitée) :

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 55  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.

La demande de conformité sera instruite dans un délai d'un mois à réception de ce formulaire en original totalement compl et e et renvoy e 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