

**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 � : ....., 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 soussigné(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](mailto: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](mailto:conformite-assainissement@seinesaintdenis.fr)