

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 suscité 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 fixé la participation financière des demandeurs aux montants suivants :

Attestation en réseau unitaire / Copie de certificat : 60  TTC

Habitat individuel > Contrôle : 150  TTC - Contre-visite après travaux : 65  TTC

Habitat collectif > Contrôle / Contre-visite après travaux : 201  HT/h - 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 dera 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) réclamés ultérieurement par le Trésor Public

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

..... N (e) le (pour les particuliers) :

(pour les établissements, sociétés 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 annulé 24h à l'avance est d . Il vous sera facturé 65  TTC.

N  : Rue :

Code Postal : Commune :

Bâtiment n  : Appartement n  :

Téléphone :

Signature - cachet (obligatoire pour les personnes morales)

N  Siret :

Fait à :, le :

Utilisation des données fournies:

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

Ce formulaire en original totalement complété 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 imprimé diff rent sera considérée comme nulle et vous sera retournée.

- Toute demande incomplète sera considérée 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