

SERVICE PUBLIC D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

DEMANDE DE CONTRÔLE DE DIAGNOSTIC D'UN DISPOSITIF D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

→ Demande effectuée par :

Vous êtes un particulier : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom..... Prénom:.....

Vous êtes une personne morale :

Dénomination : Raison sociale.....

N° SIRET : Catégorie juridique :

Représentant de la personne morale : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom Prénom :

→ Coordonnées du demandeur :

Adresse :

Code Postal : B.P : Commune :

Téléphone (obligatoire pour prise de rendez-vous) :

Courriel :

→ Renseignements concernant la vente :

☞ Date prévisionnelle de signature de l'acte authentique de la vente :

☞ Notaire en charge de la vente :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone Courriel :

→ Renseignements concernant l'immeuble en vente et son dispositif d'assainissement :

↳ Localisation de l'immeuble :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Références Cadastres : Section Numéro(s) :

↳ Joindre un plan cadastral permettant de localiser votre propriété

↳ Caractéristiques de l'immeuble et de son système d'assainissement :

Le système d'assainissement à contrôler traite les eaux usées domestiques issues :

d'une habitation individuelle : Préciser le nombre de pièces principales :

de plusieurs logements : Préciser le nombre de pièces principales de chaque logement :

Logement 1 : Logement 2 : Logement 3 : Logement 4 :

d'une autre catégorie d'habitation Précisez le type d'usage des locaux :

Capacité d'accueil des locaux:.....

Votre système d'assainissement a déjà fait l'objet d'un contrôle de la part du S.P.A.N.C :

SI OUI, précisez les références du document :

NON

Informations complémentaires pouvant être utiles au service :

.....

.....

→ Redevance :

Comme imposé par la réglementation, le diagnostic du dispositif d'Assainissement Non Collectif donne lieu au paiement d'une redevance dont le montant a été fixé par délibération du Conseil Communautaire à **150,00 €**. Son règlement est à effectuer à l'ordre du Trésor Public et joint à la demande de contrôle de diagnostic de l'installation.

Je soussigné,, m'engage à prendre en charge cette redevance.

Fait à le :

Signature du propriétaire :

Contact

Jennifer OLIVE ou Sylvie MISPELAERE

SPANC 02.31.79.61.61

Mercredi de 8h30 à 12h00

Maison des Services - CCSN – 4, rue Docteur Gourdin – 14 220 Thury Harcourt – 02.31.79.61.61