

DEMANDE DE DIAGNOSTIC ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF- A COMPLETER DANS LE CADRE D'UNE VENTE

DEMANDEUR : Pour garantir le traitement rapide de votre demande, il est nécessaire de remplir l'ensemble des champs du formulaire.

Date de la demande :

Agissant en qualité de : Propriétaire Mandataire Représentant légal Autre (joindre justificatif):

Nom du demandeur :Prénom du demandeur :.....

Tel :Courriel :.....

PROPRIETE A CONTROLER

Nom du propriétaire :..... **prénom** du propriétaire :.....

Adresse :

Code postal : Commune : commune historique :.....

Référence cadastrale :

Nom de la personne à contacter pour la prise de rendez-vous :

Courriel :..... Tel :

FACTURATION

Référence Client :

Nom du payeur : Prénom du payeur :.....

Adresse de facturation :

Code postal : Commune

Courriel :..... Tel :

Si Personne morale (société, association, syndic, etc) :

Raison sociale : Dénomination :

N° SIRET :N° SIREN :

Si Indivision Nom et Prénom des héritiers payeurs:

Nom : Prénom :.....

Nom : Prénom :.....

Nom : Prénom :.....

Représenté par (Notaire) :
.....

Montant facturé en 2024 : pour le contrôle d'une filière inférieur à 20 EH est de 134.28 € HT

Date :	Signature du demandeur « Bon pour accord » :
--------	--

A retourner par courriel : controle.assainissement@saur.com