

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 :

<p>Si Personne morale (société, association, syndic, etc) : Raison sociale : Dénomination : N° SIRET :N° SIREN :</p> <p>Si Indivision Nom et Prénom des héritiers payeurs: Nom : Prénom :..... Nom : : Prénom :..... Nom : Prénom :..... Représenté par (Notaire) :</p>

Montant facturé en 2025 : pour le contrôle d'une filière inférieur à 20 EH est de 151.67 € TTC

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

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