

## DEMANDE DE CONTROLE D'UN DISPOSITIF D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

NOM, Prénom (ou raison sociale) du demandeur (**TIERS A FACTURER**) :

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone (personne à contacter) : \_\_\_\_\_

**Immeuble sis à :**

NOM, Prénom (ou raison sociale) du propriétaire (si différent du demandeur) :

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du dispositif : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

N° de Cadastre : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_

**Date prévisionnelle de la signature de l'acte de vente :** \_\_\_\_\_

Je demande au Service Public d'Assainissement Collectif de la Communauté de Communes des Vallées du Haut-Anjou de bien vouloir réaliser un état des lieux de mon installation.

Je m'engage à maintenir l'accès de ma propriété au personnel du service et à **rendre le système d'assainissement accessible.**

Le refus d'accès entraîne d'office l'impossibilité de réaliser l'état des lieux qui sera toutefois facturé du fait du déplacement.

Je m'engage à verser auprès du Trésor Public, le montant de la redevance de **160.00€ T.T.C** (145.45€ H.T) **(tarif en vigueur), à réception d'un titre de recette.**

