

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VERIFICATION DES SYSTEMES D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF:

Afin de permettre l'intervention du Service Public d'Assainissement Non Collectif (SPANC), je vous prie de bien vouloir dûment compléter ce document et nous le transmettre à :

Communauté de Communes du Pays de Nérondes
27 route de Saint Amand
18350 NERONDES
Tél: 02.48.77.62.31 – Mail : spanc.om@cdcpaysnerondes.com

1 - DEMANDEUR*: Propriétaire Notaire Agence autre à préciser :

NOM* : Prénom* :

Dénomination social (si personne morale)*:

Adresse principale* :

.....

Tél fixe* : Tél mobile* :

Mail * :

2 - PROPRIETAIRE : (si différent du demandeur)

NOM* : Prénom* :

Dénomination social (personne morale)*:

Adresse principale* :

.....

Tél fixe* : Tél mobile* :

Mail* :

3 - ADRESSE DE L'HABITATION A CONTRÔLER : (si différent de l'adresse principale du propriétaire)

Adresse complète* :

.....

4 - PIECES A FOURNIR: Extrait du plan cadastral*,

5 - ENGAGEMENTS

Le demandeur soussigné, certifie exacte les renseignements fournis ci -dessus.

Le demandeur atteste avoir pris connaissance que la présente demande donnera lieu à une facturation selon les tarifs adoptés par la CDC.

Documents à mettre à disposition lors de la visite de contrôle: bon de vidange, plan de l'installation, rapport de contrôle précédent

Conformément au règlement, **l'ensemble des regards du dispositif devront être mis à jour et être ouverts par le demandeur pour le jour de la visite.**

Fait à, le, signature*:

*** Renseignements obligatoires**

Nota: tout dossier incomplet fera l'objet du retour de votre demande

(Cadre réservé à l'administration)

Date de réception:

Dossier complet: oui non , renseignement et pièces manquantes:.....

Acceptation de la demande: oui non