

DEMANDE DE DIAGNOSTIC D'UNE INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

ADRESSE DE L'INSTALLATION A CONTROLER

Si vous êtes le propriétaire :

Le dispositif d'assainissement a-t-il déjà été contrôlé ?*

oui | Si oui, n° de dossier : PRJ

non

Adresse de l'installation à contrôler*

Numéro* Rue/Lieu dit* :

Code postal* : Commune* :

Références cadastrales*

Section* : Numéro de parcelle(s)* : Surface* : m²

Si vous êtes mandataire

Nom* :

Prénom* :

Téléphone* :

Mail :

*Champs obligatoires

Par la présente, je demande à être contacté(e) par le technicien chargé de l'assainissement non collectif, afin d'obtenir un rendez-vous pour effectuer le diagnostic de l'installation d'assainissement non collectif de l'immeuble renseigné ci-dessus.

L'immeuble doit être alimenté en eau pour pouvoir réaliser les tests d'écoulement.

Les ouvrages d'assainissement doivent être accessibles et lorsqu'ils nécessitent un outillage particulier (clé propre au fabricant par exemple) pour permettre leur ouverture, le propriétaire devra le tenir à disposition du contrôleur. Le propriétaire doit présenter tout document relatif aux vidanges et autres opérations d'entretien ou de travaux avant cette date (plan, factures, rapport de visite...) nécessaire ou utile à l'exercice du contrôle.

En cas de difficulté d'accès aux ouvrages, le constat ne sera établi que sur la base des éléments probants (photos, factures, plan de recollement, bons de vidange).

Un rapport diagnostic de l'installation, suivant les prescriptions fixées par l'arrêté du 7 septembre 2009 relatif aux modalités de l'exécution de la mission de contrôle des installations d'assainissement non collectif, me sera envoyé à la suite. Le coût de cette prestation est de 120 € TTC (tarif 2024), elle me sera facturée après l'envoi du rapport.

PROPRIETAIRE(S) (préciser si Indivision, succession...)

Personne physique (avec un ou deux propriétaires)

Monsieur Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Madame Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Personne morale (entreprise, association...)

Raison sociale* :

Numéro SIRET* :

Catégorie* :

Nature juridique* :

Représentant* :

Date de naissance* :

COORDONNEES DU PROPRIETAIRE

Adresse

Étage, appart. : Numéro* : bis, ter :

Rue/ Lieu dit* :

Boîte postale : Cedex : Code postal* :

Commune* : Pays* :

Contact



Mail :



DEMANDE DE DIAGNOSTIC D'UNE INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

PAYEUR (si différent du propriétaire)

Personne physique (avec un ou deux propriétaires)

Monsieur Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Madame Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Personne morale (entreprise, association...)

Raison sociale* :

Numéro SIRET* :

Catégorie* :

Nature juridique* :

Représentant* :

Date de naissance* :

COORDONNEES DU PAYEUR

Adresse



Étage, appart. : Numéro* : bis, ter :

Rue/ Lieu dit* :

Boîte postale : Cedex : Code postal* :

Commune* : Pays* :

Contact

* 

Mail :

Signature du propriétaire, avec la mention « lu et approuvé ».

Ou signature d'un représentant nom et prénom stipulés avec la mention « par procuration, lu et approuvé »

Fait à (lieu) :

Le :

Signature :

MENTIONS LÉGALES SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande. Les destinataires des informations sont les agents techniques et administratifs du SIEA des vallées de l'Arbas et du bas Salat dans la limite de leurs attributions respectives, et le cas échéant les services du trésor public. Vos données seront conservées pour la durée de votre relation contractuelle avec le SIEA des vallées de l'Arbas et du bas Salat, augmentée, le cas échéant, des délais de recours. Sauf mention contraire, l'ensemble des champs du formulaire sont obligatoires pour traiter votre demande. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au règlement européen relatif à la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au SIEA des vallées de l'Arbas et du bas Salat.

Formulaire à renvoyer par courrier à :

SIEA DES VALLÉES DE L'ARBAS ET DU BAS SALAT

2 avenue des Pyrénées 31260 MANE.

Ou par message électronique à : siea.mane.spanc@orange.fr

Tél : 05.61.87.52.12 et 06.27.99.90.73.