

DEMANDE DE CERTIFICAT DE RACCORDEMENT AU RESEAU D'ASSAINISSEMENT COMMUNAL

INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR

Je soussigné(e), M ou Mme, Nom : <small>(rayer la mention inutile)</small>		Prénom :	
Agissant en qualité de : Propriétaire / Notaire / Agent Immobilier / Géomètre / Autre (précisez) : <small>(rayer les mentions inutiles)</small>			
N° :		Adresse (précisez rue, avenue ...) :	
Code postal :		Commune :	
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Adresse Electronique :			

Sollicite la Direction de l'Assainissement et de l'Eau de l'établissement public territorial Plaine Commune pour le contrôle du raccordement au réseau d'assainissement en vue d'établir un certificat de raccordement :

INFORMATIONS RELATIVES AU(X) BIEN(S) A CERTIFIER

N° :		Adresse (précisez rue, avenue ...) :	
Bâtiment, Escalier, N° Interphone ... :		Réf Cadastrales :	
Code postal :		Commune :	
Nombre de logements concernés: <small>(nous consulter si la demande concerne plusieurs logements)</small>			
Dans le cadre d'une copropriété, indiquer les coordonnées du syndic			

PERSONNE A CONTACTER POUR LA PRISE DE RDV ET PERMETTANT L'ACCES AU BRANCHEMENT LORS DE L'ENQUETE

Nom :	Prénom :	Tél. :
-------	----------	--------

PROPRIETAIRE DU BIEN (A RENSEIGNER S'IL EST AUTRE QUE LE DEMANDEUR)

Nom :	Prénom :	Tél. :
Adresse actuelle :		
Le demandeur suscité atteste et certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.		Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; background-color: #e0f0e0;"></div>
Fait � _____, le :		

IMPORTANT : Engagement de paiement

L'établissement public territorial Plaine Commune, par sa séance du 30 juin 2015, a fixé la participation financière des demandeurs dans le cadre d'une vente immobilière au montant suivant :

- Contrôle de raccordement du ou (des) branchement(s) : pour 1 logement : **130 à TTC**

Il est impératif de joindre à ce formulaire votre règlement par chèque bancaire, uniquement, à l'ordre de la Trésorerie Municipale de Saint-Denis.

Toute demande formul e au moyen d'un imprimé diff rent ou sans le règlement de la somme à s'acquitter sera consid r e comme nulle et ne sera pas trait e. Aucune somme ne sera encaiss e avant la prestation r alis e. Toute modification de la date de visite doit être effectu e minimum 24 heures à l'avance, au-delà de ce délai l'enquête sera tout de même factur e.

Je soussigné(e), (nom et prénom de la personne qui s'acquitte du paiement) :

M'engage à payer de la somme deTTC

Signature :