



DEMANDE DE CONTROLE D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

Identification de l'habitation

Non Prénom du propriétaire :
Références cadastrales :Adresse :
Code postal :Commune :
Date de naissance :

Identification du demandeur

Qualité : Propriétaire ☐ Porte-fort ☐ (en cas de succession)
Nom, Prénom :
Téléphone :
Mail :
Adresse postale de facturation (si différente de l'adresse de l'habitation)
Code postal :Commune :

Information sur le tarif de la prestation

La visite sur le site à la demande est facturée 120 € TTC. Le paiement est à régler en même temps que la demande.
Chèque libellé à : société saur
Adresse du Règlement : Dignac Thierry Saur La porte 24430 Razac /Isle.
Envoyer un exemplaire avec le règlement à l'adresse indiquée au-dessus, et je prendrai rendez-vous dès la réception du courrier.

Personne à contacter pour le rendez-vous de contrôle

☐ Le demandeur ☐ Autre (Identité et n° de téléphone)

Engagement du propriétaire (à signer)

Le propriétaire (ou son représentant mentionné ci-dessus) s'engage à :
Être présent lors du rendez-vous fixé par notre prestataire.
Rendre accessible le dispositif AC (ouverture des regards,)

A.....Le.....
Signature du demandeur