



## ASSAINISSEMENT COLLECTIF

### DEMANDE DE CONTROLE DE BRANCHEMENT

#### Identité du demandeur

*Tous les champs doivent obligatoirement être remplis*

Vous êtes un particulier :

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Propriétaire

Locataire : (+ nom du propriétaire : .....) )

Adresse mail : ..... Téléphone : .....

Vous êtes une personne morale :

Dénomination : ..... Raison Sociale : .....

Forme juridique : ..... N°SIRET : .....

Code APE/NAF : .....

Représentant de la personne morale :

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de .....

Pour le compte de (Nom du propriétaire du bien).....

Adresse mail : ..... Téléphone : .....

Adresse de facturation :

N°, nom de Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

#### Adresse du bien à contrôler

Type de logement :  Habitation individuelle  Habitat collectif  Autre : .....

Nombre de logement : .....

N°, Nom de Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Référence cadastrale : .....

#### INTERVENTION DEMANDEE :

*Cadre réservé à  
l'administration*

Intervention demandée	Objet	Coût HT	Validation du type d'intervention
	1ère visite de contrôle pour un immeuble neuf	Gratuit	
	1ère visite de contrôle pour un immeuble préexistant à l'extension d'un réseau d'assainissement collectif	Gratuit	
	Contre-visite (défaut constaté ou équipements non accessibles)	100 € HT	
	Prestation de contrôle dans le cadre d'une vente	100 € HT	

Dans le cas où le rendez-vous fixé n'est pas honoré, la somme de **200€ TTC** vous sera facturée.

## Engagements du demandeur

Je m'engage à :

- être présent le jour du contrôle.
- rendre accessibles et ouverts, ou facilement ouvrables, tous les regards d'accès aux évacuations d'assainissement situés en domaine privé.
- fournir les documents concernant le dispositif d'assainissement (plan, facture de travaux, de vidange,...)
- tenir à disposition l'alimentation en eau potable de l'habitation pour la réalisation du contrôle.
- s'acquitter, le cas échéant, des frais de la redevance pour le contrôle demandé (Cf. tableau).

Fait à ....., le.....

Signature :

NB : Le délai de réalisation de cette prestation est de 3 semaines à compter de la réception de la présente demande.

Le rapport de visite sera adressé au demandeur après réalisation du contrôle, dans un délai de 3 semaines.

**Document à renvoyer par courrier à : Communauté de Communes Rumilly Terre de Savoie**

**3 place de la Manufacture BP69**

**74152 RUMILLY Cedex**

**Ou par mail à : eau-assainissement@rumilly-terredesavoie.fr**

### Cadre réservé à l'administration

Date de réception de la demande : ...../...../2019

N° de rapport : .....

**RDV le : ...../...../.....**

**Heure : .....**

Rendez-vous honoré

Rendez-vous non honoré (facturation de 200 €)

RELEVÉ DE COMPTEUR - N° de compteur : ..... Index : .....

A facturer

Nom, Prénom de la personne présente lors du rendez-vous : .....

Signature :

RAPPORT ENVOYÉ LE .....

Signature de l'agent technique : Nom, Prénom

Signature du responsable :

#### Suivi du dossier

Service facturation, le : .....

Transmis au service comptabilité.....€

Transmis PFAC

SIG

Autre : .....

#### Classement dossier

SPAC

Autre : .....

