

DEMANDE DE DIAGNOSTIC ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

Identification de l'habitation

NOM, Prénom du propriétaire :

Références cadastrales : Adresse :

Code Postal : Commune :

Identification du demandeur

Qualité : Propriétaire Porte-fort (en cas de succession)

Nom, Prénom.....

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

Tél. portable : Tél. Fixe : Mail :

Adresse postale de facturation (si différente de l'adresse de l'habitation) :

Code postal : Commune :

Modalités de règlement de l'intervention

L'intervention, incluant la visite sur site, est facturée 150 €.

J'autorise le règlement de 150 € par prélèvement bancaire

Je joins un RIB du compte bancaire sur lequel sera prélevé le montant de l'intervention

Personne à contacter pour le rendez-vous de contrôle

Le demandeur Autre : identité et n° de téléphone :

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 ANC (ouverture des regards, ...)

A : Le :

Signature du demandeur :