

DEMANDE DE CONTROLE ASSAINISSEMENT

☐ COLLECTIF (Réseau Public) ou ☐ NON COLLECTIF (Fosse, Microstation, ...)

*IMPERATIVEMENT A COMPLETER ET A FAIRE SIGNER PAR LE PROPRIETAIRE.
EN L'ABSENCE DE CES INFORMATIONS, LE CONTROLE NE POURRA ETRE REALISE*

<u>RESERVE CAP ATLANTIQUE</u> Dossier : Compléments d'info :	RDV REPLANIFICATION
<u>COORDONNEES DU PROPRIETAIRE</u> <i>(pour l'envoi des documents)</i> Nom et Prénom du Propriétaire: Adresse principale: Code postal: Commune: N° téléphone: Adresse Mail : Adresse à contrôler: Commune: Réf cadastrales <i>(A titre indicatif)</i> :	
<u>INFORMATIONS DIVERSES</u> Type logement: ☐ maison ☐ appartement ☐ autre: N° d'appartement ou N° de lot: Date prévue de la vente:	
<u>ADRESSE DE FACTURATION</u> <i>(si différente de l'adresse principale)</i> Nom et Prénom: Adresse: Code postal: Commune : N° téléphone:	
<u>REPRESENTANT DU PROPRIETAIRE</u> <i>(pour prise de rendez-vous)</i> <i>Le Représentant a le pouvoir de donner accès à la propriété, d'assister au contrôle et de signer le certificat</i> Nom et Prénom: Qualité: N° téléphone:	

! ATTENTION !

Ce contrôle est facturé dès lors qu'un agent de Cap Atlantique se déplace sur le lieu d'intervention mentionné ci-dessus. Aussi, si le contrôle n'est pas réalisable (oubli des clés, pas d'accès à l'eau, personne au rendez-vous, etc...), une facturation forfaitaire sera automatiquement envoyée. **Le certificat rédigé à l'issue du contrôle, est systématiquement envoyé par mail au propriétaire du bien.**

A NOTER : DELAI D'INTERVENTION POUVANT ALLER JUSQU'A 4 MOIS – PENSEZ A ANTICIPER VOS DEMANDES – POUR RAPPEL, LE CONTROLE EST VALABLE 3 ANS

DATE:
SIGNATURE du PROPRIETAIRE
et NON du REPRESENTANT:
Nom:

Courriers à adresser au Siège:
CAP ATLANTIQUE
3 avenue des Noëles – BP 64 – 44503 LA BAULE Cedex
Ou par mail : controle.assainissement@cap-atlantique.fr

NOUS RENCONTRER
Service Contrôle Assainissement
2, rue Alphonse Daudet
44350 GUERANDE
Tel: 02.28.54.17.58