

**DEMANDE DE DIAGNOSTIC
DE SYSTÈME D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF**

PROPRIÉTAIRE OU AUTRE DEMANDEUR

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone* : _____ Adresse mail * :

IMMEUBLE A CONTRÔLER

Adresse complète : _____

Référence cadastrale : _____

NATURE DE L'IMMEUBLE A CONTRÔLER

Habitation : Nombre de logement : _____

Local commercial

Autre : Nature : _____

PIÈCES A JOINDRE A LA DEMANDE

Un plan de masse de l'immeuble

Je soussigné, déclare avoir pris connaissance du règlement d'assainissement non collectif de la Communauté de Communes et autorise son représentant à vérifier la conformité du système d'assainissement non collectif de l'immeuble concerné.

A _____ le _____

Signature (et cachet) du demandeur

CONTRIBUTION FINANCIERE EXIGIBLE :

Redevance pour Contrôle Technique de l'Assainissement Non Collectif : 150 euros H.T (T.V.A 10 %)

La contribution financière est exigible dès délivrance de l'autorisation de contrôle et elle doit être acquittée dans les 30 jours après réception de l'avis à payer. A défaut le propriétaire sera considéré comme n'ayant pas satisfait à ses obligations et à ce titre subira les pénalités financières prévues par l'article L 1331-8 du Code de la Santé Publique (redevance d'assainissement majorée de 400 %).

La CCVS recueille vos données à caractère personnel dans le cadre de ses missions d'intérêt public de gestion du service assainissement.

Les informations sont exclusivement destinées aux personnels de la CCVS pour l'organisation générale du service.

**Données facultatives*