Syndicat Intercommunal Eau et Assainissement Rive droite de la Dore
15 route de l'école 63300 DORAT Téléphone : 04 73 53 66 47
Mail : siea-dorat@orange.fr Site : https://www.sieardd.fr https://www.facebook.com/SIEARDD/

# VISITE DE CONTROLE ASSAINISSEMENT AUTONOME

| **Bien Concerné** ☐ maison ☐ appartement ☐ garage/grange ☐ local commercial ☐ …….. | | |
|---|---|---|
| Référence Abonné | Numéro du compteur | N°de parcelle |
| Propriétaire du bien :<br><br>Adresse du bien: n° : rue :<br>Lieudit :<br>Code postal : 63 Commune :<br>Est-ce dans le cadre d'une vente ? ☐ oui ☐ non si oui nom du notaire :…… | | |

| **Demandeur** | |
|---|---|
| ❑ particulier | ❑ société |
| ☐ Madame ☐ Monsieur<br>Nom(s) :<br>Prénom(s) : | Raison sociale :<br><br>Nom du représentant : |
| EST ❑ l'abonné ❑ un membre de la famille ……. ❑ Agent immobilier<br>❑ le notaire ❑ autres précisez …… | |
| **Payeur** | |
| ❑ particulier | ❑ société |
| ☐ Madame ☐ Monsieur<br>Nom(s) :<br>Prénom(s) : | Raison sociale :<br><br>Nom du représentant : |
| Date de naissance :<br>Lieu de naissance : Département : | Numéro SIRET : |
| Destinataire et adresse d'envoi de la facture | |
| Contact pour la prise de rendez-vous<br>Tel / / / / mail : | |

*Le contrôle du système d'assainissement de votre propriété datant de plus de 3 ans, nous allons réaliser à votre demande une nouvelle visite.*
*Elle vous sera facturée **136 €** (tarif en vigueur au 01 janvier 2024).*
*Vous pouvez joindre le règlement ou le remettre lors de la visite.*

☒ **Je reconnais avoir été informé du coût du contrôle, et m'engage à payer cette somme le jour de la visite au plus tard. Un titre de recette me sera ensuite expédié**

Fait le _____ par madame, monsieur_____Signature du demandeur