



**DEMANDE DE CONTROLE DES RACCORDEMENTS
PREALABLE A LA VENTE D'UN BIEN IMMOBILIER
RESEAU D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF (Eaux usées et Eaux pluviales)**

**TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES ET DOIVENT ÊTRE RENSEIGNES PAR LE DEMANDEUR
SEUL UN DOSSIER COMPLET SERA TRAITÉ, MERCI DE VOTRE VIGILANCE
La prise de rendez-vous se fera à réception du présent formulaire complété et signé**

1-DEMANDEUR

Nom : Prénom :
 Agissant en qualité de Propriétaire Notaire Agence Immobilière Syndic Autre :
 Demeurant à, N° :
 Code postal : Commune :
 Tél : Mail :
 J'accepte de recevoir par courrier électronique les courriers et avis relatifs à ma demande à l'adresse mail ci-dessus. (J'ai pris bonne note que, dans un tel cas, la date de notification du courrier électronique ou, au plus tard, celle de l'envoi de ce courrier électronique augmentée de 8 jours)

2- ADRESSE DU CONTROLE

Nom et Prénom du Propriétaire :
 Type de logement : Habitation Individuelle Logement Collectif-Nombre de logements :
 Activité Commerciale, préciser :
 Adresse :
 N° appartement/étage/bâtiment :
 Code postal : Commune :
 Références cadastrales :

3 – PERSONNE A CONTACTER POUR PRISE DE RENDEZ-VOUS

Nom : Prénom :
 Agissant en qualité de Propriétaire Autre, préciser :
 Tél fixe : Tél portable :
 Mail : (pour envoi de la confirmation de RDV)

4 – PERSONNE A FACTURER (si non renseigné, la facture sera adressée au demandeur)

NE PAS JOINDRE DE REGLEMENT, UNE FACTURE VOUS SERA ADRESSE ULTERIEUREMENT PAR LA TRESORERIE de SAINT-FLORENTIN

Nom : Prénom :
 Si facture à adresser à l'Office Notarial, références de la vente :
 Si société : Raison Sociale : N° de Siret :
 Adresse :
 Code postale : Commune :

5 – DATE ET SIGNATURE DU DEMANDEUR qui certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Si le payeur n'est pas le demandeur, ce dernier s'engage à informer la personne désignée ci-dessus de la mise en facturation de la prestation d'envoi du certificat de contrôle (montant révisé annuellement, communiqué sur simple appel téléphonique.

Date (obligatoire) Signature du demandeur (obligatoire)
 (si mandataire : signature + cachet)

A RENSEIGNER PAR LA REGATE

RDV pris le à par :

La demande de conformité sera instruite dans un délai d'un mois à réception de ce formulaire en original totalement complété et renvoyé à l'adresse ci-dessous

R.E.G.A.T.E.
8, boulevard du Général de Gaulle
89210 BRIENON-SUR-ARMANCON

✉ regate.technique@gmail.com - ✉ regate.compta@gmail.com - ✉ regate.facturation@gmail.com

☎ 03.45.72.00.10.