

A TRANSMETTRE À :

M. LE PRÉSIDENT, HÔTEL DE RENNES MÉTROPOLE

4 AVENUE HENRI FRÉVILLE CS 93111
35031 RENNES CEDEX

GESTIONNAIRE : DIRECTION DE L'ASSAINISSEMENT

TÉLÉPHONE : 02 23 62 24 10

EMAIL : da-contrôle@rennesmetropole.fr

**DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS
RELATIFS À L'ASSAINISSEMENT**

Identité du demandeur :

Je soussigné : Nom : Prénom :

en qualité de : Propriétaire Office Notarial Agence immobilière

demande un contrôle d'assainissement pour le bien ci-dessous.

Renseignements sur l'immeuble à contrôler

Nom (si différent du demandeur) : Prénom :

Adresse : Année de construction :

Commune : Références cadastrales :

Maison individuelle Lot de copropriété

Local commercial / bâtiment industriel, Activité à préciser :

Système d'assainissement : Collectif ("tout à l'égout") Non collectif ("fosse septique", "système autonome")

Accès aux installations :

Coordonnées de la personne à contacter pour effectuer le contrôle :

Nom, Prénom : Tél :

Je certifie être informé que le contrôle d'assainissement demandé par la présente sera facturé via le Trésor Public après service rendu à l'adresse de facturation ci-dessous.

Adresse de facturation :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Nom et prénom de l'acquéreur :

Date et Signature