

VILLE
de
CLERMONT-en-ARGONNE



FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONTRÔLE DE CONFORMITE D'UN BRANCHEMENT
D'ASSAINISSEMENT

RENSEIGNEMENTS DU (DES) DEMANDEUR (S)

<u>Personne physique :</u>	<u>Personne morale :</u>
Nom-Prénom :	Dénomination : Représentée par :
Adresse :	Adresse :
Code postale : Commune :	Code postale : Commune :
N° tel : (fixe et/ou portable)	N° APE :
Email :	SIRET :

OBJET DE LA DEMANDE

Adresse du raccordement à contrôler :

Commune :

La demande se fait-elle dans le cadre d'une vente ?

Oui

Non

Date prévisionnelle de la vente :

RENDEZ-VOUS

☞ Un technicien doit se déplacer sur les lieux afin d'effectuer le contrôle.

Pour ce faire, merci de bien vouloir nous préciser 2 dates :

(Le service technique est disponible du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h30 à 16h30).

Choix 1 : date : heure :

Choix 2 : date : heure :

Nous vous contacterons pour valider la date de rendez-vous.

Ensuite selon le résultat, une attestation vous sera délivrée.