

DEMANDE D'OBTENTION DU DIAGNOSTIC D'UNE INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF DANS LE CADRE D'UNE VENTE

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

1. Identité du propriétaire

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Succession ☐ Indivision

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Commune déléguée : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Mail : _____ @ _____

2. Adresse du bien à contrôler

Adresse : _____

Lieu-dit : _____ Commune déléguée : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Référence cadastrale (section et numéro) : _____

Type de résidence : ☐ Principale ☐ Secondaire ☐ Location ☐ Autre : _____

Existe-t-il une servitude d'assainissement : ☐ Oui ☐ Non

L'eau est-elle coupée : ☐ Oui ☐ Non

L'électricité est-elle coupée : ☐ Oui ☐ Non

Nbre de wc : _____ Nbre de lavabo ou évier : _____ Nbre de baignoire/douche : _____

Autre : _____

- Le service de l'assainissement ne saurait être tenu responsable d'un dysfonctionnement sur la plomberie intérieure (vidange...) et des dégâts éventuellement occasionnés par des fuites.
- Je m'engage à signaler au technicien de la collectivité les différents équipements et regards de réseaux d'assainissement de l'habitation (pompes, puisard, fosses septiques etc.), y compris ceux existant dans les locaux annexes (greniers, caves, garages, dépendances...) et à rendre ces équipements et regards parfaitement accessibles de manière à ce qu'ils puissent être contrôlés.
- Afin de faciliter le contrôle, je réunis le maximum d'information concernant l'évacuation des eaux usées de l'habitation (plan, évacuation des eaux pluviales, ...)

COORDONNÉES DU DEMANDEUR (si différentes du propriétaire)

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Indivision ☐ Agence Immobilière ☐ Etude notariale

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Commune déléguée : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Mail : _____ @ _____

PERSONNE A CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

☐ Propriétaire ☐ Notaire ☐ Agence immobilière ☐ Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

REDEVANCE LIEE A CE CONTROLE

(tarifs rendu exécutoire par délibération du 30 mai 2023)
applicables pour toute demande remise au service assainissement à compter de cette date)

- Je soussigné(e)..... confirme la commande d'un diagnostic du système d'assainissement collectif de la propriété renseignée dans ce formulaire et reconnais avoir pris connaissance du montant de la redevance applicable sur le territoire de l'Intercom de Bernay Terres de Normandie.

- Ce montant s'élève à **130 euros TTC***

- **Plus-value de 65 € TTC par logement supplémentaire sur un même branchement**
- **Plus-value de 65 € TTC si plus de 15 points d'eau à contrôler sur le branchement**

- L'envoi du rapport du contrôle sera transmis sous un délai de 30 jours maximal à compter de la réception du formulaire
- Je devrai m'acquitter de cette prestation dans les délais impartis dès réception de la facture du Trésor Public.

* Pour les communes de Bernay, La Barre en Ouche, Beaumont le Roger, Serquigny, le tarif est constitué comme suit : 118.18 € HT soit 130 € TTC.
Pour les autres communes, le tarif est respectivement de 130 € option sans TVA.

Je renonce au délai de rétractation de 14 jours pour cette présente demande ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS CONCERNANT L'EXERCICE DU DROIT DE RETRACTATION (Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation)

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de 14 jours. Le délai de rétractation expire 14 jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier votre décision de rétractation au présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté : par exemple, lettre envoyée par la poste à Intercom Bernay Terres de Normandie - Pôle de Brionne - 299, rue du Haut des Granges - 27300 BERNAY, par email : assainissement@bernaynormandie.fr ou vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation ci-joint mais ce n'est pas obligatoire.

PERSONNE A FACTURER (si différente du propriétaire)

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Succession ☐ Indivision

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Mail : _____@_____

Envoi du compte-rendu de la visite : (cocher la case correspondante à votre choix)

Par mail : ☐ ou Par courrier : ☐

+ Copie à (notaire, agence) : _____

Date de la demande : _____

Date de remise du formulaire : _____
(à remplir par le SPAC à réception du formulaire signé)

Qualité du signataire : Nom : _____ Prénom : _____

Signature, précédée de la mention « Bon pour accord » :