

DEMANDE DE DIAGNOSTIC DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

Demandeur du diagnostic : Propriétaire Notaire Agence immobilière

Date prévue de la signature de l'acte authentique de vente :

Renseignement sur l'immeuble en vente

Adresse :

Code postal : Commune :

Références cadastrales : Section.....Numéro(s) :

Renseignement sur le vendeur

Demandeur :

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Co-demandeur :

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Raison sociale si personne morale :

N° de SIRET :

Adresse du Demandeur :

Code Postal : VILLE:

Téléphone :

Email:

Renseignement sur le notaire en charge de la vente

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone :email :

Personne à contacter pour un éventuel rendez-vous sur site

Nom et prénom :

Fonction :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone :email :

Redevance

Comme imposé par la réglementation, le diagnostic de bon fonctionnement d'un dispositif d'Assainissement Non Collectif donne lieu au paiement d'une redevance dont le montant a été fixé à **150 € HT**.

Je soussigné,, agissant en tant que propriétaire m'engage à prendre en charge cette redevance.

Adresse d'envoi de la facture :

Fait à

.....

le.....

Code Postal :

Commune :

Signature du demandeur