

**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 **245,45 € HT = 270 € TTC**.

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