



ACCORD POUR UN DIAGNOSTIC ASSAINISSEMENT COLLECTIF

à renvoyer, **impérativement avant la visite de l'agent** à :

Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville
Service Assainissement – bureau 115

Hôtel de Communauté - 4, Avenue Gabriel Lippmann - CS 30 054 – 57972 YUTZ Cedex

Tél : 03.82.52.36.19 – Fax : 03.82.52.36.89 - Email : service.assainissement@agglo-thionville.fr

Je soussigné(e) * :

sollicite la Communauté d'Agglomération Portes de France – Thionville concessionnaire du réseau d'assainissement, pour effectuer, dans le cadre d'une demande notariale, le contrôle de l'installation d'assainissement collectif citée ci-dessous et m'engage à payer le montant de cette prestation, à savoir 100 €/HT l'unité, tarif fixé par délibération du Conseil Communautaire en date du 15 septembre 2011.

** S'il s'agit d'une copropriété, de manière à ne réaliser qu'une seule inspection complète, il serait opportun que la demande soit faite par le syndic.*

L'installation à diagnostiquer est située :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Rendez-vous fixé le :

Présence obligatoire

(Cadre réservé à la CAPFT)

** En cas d'annulation, merci de nous prévenir au 03.82.52.36.19- Service Assainissement*

Je vous laisse le soin de m'envoyer la facture à l'adresse suivante :

Adresse :

Code postal : Ville :

Remarque : Les installations intérieures dont le propriétaire a la responsabilité doivent être connues, accessibles et entretenues afin d'assurer l'efficacité du contrôle.

Fait à, le

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)