

DEMANDE DE CONTROLE ASSAINISSEMENT COLLECTIF

TYPE DE CONTRÔLE :

☐ Diagnostic de vente : 180 € TTC

Coordonnées du propriétaire	Adresse de facturation <i>(si différente du propriétaire) :</i>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal : ____	Code postal : ____
Commune :	Commune :
Tél : __/__/__/__/__	
Courriel :@.....	

LIEU DU CONTRÔLE

Adresse complète :

.....

Commune :

.....

Référence(s) de(s) parcelle(s) cadastrale(s) (N° de section + N° de parcelle) :

.....

Nom de la personne à contacter pour le RDV :

.....

Tél : __/__/__/__/__

À retourner par mail à : secretariat@seta32.fr ou par voie postale à l'adresse :

SETA

5 rue de l'Armagnac

32 240 ESTANG