



**DEMANDE DE CONTROLE DES RACCORDEMENTS  
PREALABLE A LA VENTE D'UN BIEN IMMOBILIER  
RESEAU D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF (Eaux usées et Eaux pluviales)**

**TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES ET DOIVENT ÊTRE RENSEIGNES PAR LE DEMANDEUR  
SEUL UN DOSSIER COMPLET SERA TRAITÉ, MERCI DE VOTRE VIGILANCE  
La prise de rendez-vous se fera à réception du présent formulaire complété et signé**

**1-DEMANDEUR**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Agissant en qualité de  Propriétaire  Notaire  Agence Immobilière  Syndic  Autre : .....  
 Demeurant à, N° : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Tél : ..... Mail : .....  
 **J'accepte de recevoir par courrier électronique les courriers et avis relatifs à ma demande à l'adresse mail ci-dessus. (J'ai pris bonne note que, dans un tel cas, la date de notification du courrier électronique ou, au plus tard, celle de l'envoi de ce courrier électronique augmentée de 8 jours)**

**2- ADRESSE DU CONTROLE**

Nom et Prénom du Propriétaire : .....  
 Type de logement :  Habitation Individuelle  Logement Collectif-Nombre de logements : .....  
 Activité Commerciale, préciser : .....  
 Adresse : .....  
 N° appartement/étage/bâtiment : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Références cadastrales : .....

**3 – PERSONNE A CONTACTER POUR PRISE DE RENDEZ-VOUS**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Agissant en qualité de  Propriétaire  Autre, préciser : .....  
 Tél fixe : ..... Tél portable : .....  
 Mail : ..... (pour envoi de la confirmation de RDV)

**4 – PERSONNE A FACTURER (si non renseigné, la facture sera adressée au demandeur)**

**NE PAS JOINDRE DE REGLEMENT, UNE FACTURE VOUS SERA ADRESSE ULTERIEUREMENT PAR LA TRESORERIE de SAINT-FLORENTIN**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Si facture à adresser à l'Office Notarial, références de la vente : .....  
 Si société : Raison Sociale : ..... N° de Siret : .....  
 Adresse : .....  
 Code postale : ..... Commune : .....

**5 – DATE ET SIGNATURE DU DEMANDEUR qui certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Si le payeur n'est pas le demandeur, ce dernier s'engage à informer la personne désignée ci-dessus de la mise en facturation de la prestation d'envoi du certificat de contrôle (montant révisé annuellement, communiqué sur simple appel téléphonique).**

Date (obligatoire) ..... Signature du demandeur (obligatoire)  
 (si mandataire : signature + cachet)

**A RENSEIGNER PAR LA REGATE**

**RDV pris le ..... à ..... par : .....**

La demande de conformité sera instruite dans un délai d'un mois à réception de ce formulaire en original totalement complété et renvoyé à l'adresse ci-dessous

R.E.G.A.T.E.  
8, boulevard du Général de Gaulle  
89210 BRIENON-SUR-ARMANCON

✉ regate.technique@gmail.com - ✉ regate.compta@gmail.com - ✉ regate.facturation@gmail.com

☎ 03.45.72.00.10.