



## DEMANDE DE CONTROLE ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

### TYPE DE CONTRÔLE :

- Diagnostic de vente, préciser si :
- Réalisation sous 8 jours (250 € TTC)
  - Réalisation à plus de 8 jours (150 € TTC)
- Contrôle de conception       Contrôle de bon fonctionnement (*Permis de construire ou Réhabilitation*)

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

## 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 : [spanc@seta32.fr](mailto:spanc@seta32.fr) ou par voie postale à l'adresse :

SETA  
5 rue de l'Armagnac  
32 240 ESTANG