

## DOSSIER USAGER ASSAINISSEMENT : DEMANDE DE CONTRÔLE

D'un dispositif d'assainissement \*:  non collectif  collectif  
Demande en tant que \*:  propriétaire  mandataire

A renvoyer à Réseau 31 au moins quinze jours avant la date souhaitée du rendez-vous.

Cette demande doit être obligatoirement être accompagnée de la fiche personne dûment renseignée.

### Coordonnées de votre Pôle de Contrôle de l'Assainissement :

<b>Centre de Grenade</b> Réseau 31 1475 rue du Port Haut 31330 GRENADE SUR GARONNE Tél : 05.62.79.82.22	<b>Centre de Saint-Gaudens</b> Réseau 31 657 chemin de la Graouade 31800 SAINT-GAUDENS Tél : 05.62.00.72.80	<b>Centre de Toulouse</b> Réseau 31 3 rue André Villet ZI de Montaudran 31400 Toulouse Tél : 05.61.17.30.84
<b>Pôle contrôle de l'assainissement / Tél : 05 61 17 30 84 / Courriel : <a href="mailto:anc@reseau31.fr">anc@reseau31.fr</a></b>		

Le dispositif d'assainissement a-t-il déjà été contrôlé ?

OUI  NON

Si oui : n° de dossier : \_\_\_\_\_



\* : champs obligatoires

Adresse de l'installation à contrôler \*:

Étage, appartement, porte : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_ bis, ter .... : \_\_\_\_\_ Voie (rue de ....) : \_\_\_\_\_

Lieu-dit : \_\_\_\_\_

Boîte postale : \_\_\_\_\_

Cedex : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Références cadastrales \*:

Section : \_\_\_\_\_

Numéro de parcelle : \_\_\_\_\_

Surface : \_\_\_\_\_

Pour rappel, le propriétaire \*:

Nom, prénom \*: \_\_\_\_\_

Téléphone \*: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Si mandataire :

Nom, prénom \*: \_\_\_\_\_

Téléphone \*: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Je demande et j'autorise Réseau 31 à effectuer sur ma propriété le contrôle des ouvrages d'assainissement.**

**Je m'engage à régler la redevance d'assainissement correspondante au tarif en vigueur.**

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Signature(s) :

**IMPORTANT** : L'immeuble doit être alimenté en eau pour pouvoir réaliser les tests d'écoulement. Les ouvrages d'assainissement doivent être accessibles et lorsqu'ils nécessitent un outillage particulier (clé propre au fabricant par exemple) pour permettre leur ouverture le propriétaire devra le tenir à disposition de RESEAU31. Le propriétaire doit tenir à la disposition de RESEAU31 tout document concernant directement ou indirectement le système d'assainissement (plan, factures, rapport de visite, ...) nécessaire ou utile à l'exercice du contrôle. En cas de difficultés d'accès aux ouvrages, le constat ne sera établi que sur la base des éléments probants (photos, factures, plan de recollement, bons de vidange).

TARIFS 2018	Assainissement Non Collectif	Capacité du dispositif	Montant HT	Montant TTC
		< ou = à 20 Equivalents-Habitants	170,00 €	187,00 €
		> à 20 Equivalents-Habitants	340,13 €	374,14 €
	Assainissement Collectif	si 1 logement raccordé sur la boîte de raccordement :	168,89 €	185,78 €
		si plusieurs logements raccordés sur la boîte de raccordement :	340,13 €	374,14 €

## DOSSIER USAGER ASSAINISSEMENT : FICHE PERSONNE

### PROPRIETAIRE

#### PERSONNE PHYSIQUE

M  Mme. Nom \* : \_\_\_\_\_  
Prénom \* : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \* : \_\_\_\_\_

M  Mme. Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \* : \_\_\_\_\_

#### PERSONNE MORALE

Raison sociale \* : \_\_\_\_\_  
N°SIRET \* : \_\_\_\_\_  
Catégorie \* : \_\_\_\_\_  
Nature juridique \* : \_\_\_\_\_  
Représentant \* : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \* : \_\_\_\_\_

### COORDONNEES

#### Adresse \*:

Étage, appartement, porte : \_\_\_\_\_  
 Numéro : \_\_\_\_\_ bis, ter .... : \_\_\_\_\_ Voie (rue de ....) : \_\_\_\_\_  
 Lieu-dit : \_\_\_\_\_  
 Boîte postale : \_\_\_\_\_ Cedex : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_

#### Contact :

Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Portable \* : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

### PAYEUR (si différent du propriétaire)

#### PERSONNE PHYSIQUE

M  Mme. Nom \* : \_\_\_\_\_  
Prénom \* : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \* : \_\_\_\_\_

M  Mme. Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \* : \_\_\_\_\_

#### PERSONNE MORALE

Raison sociale \* : \_\_\_\_\_  
N°SIRET \* : \_\_\_\_\_  
Catégorie \* : \_\_\_\_\_  
Nature juridique \* : \_\_\_\_\_  
Représentant \* : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \* : \_\_\_\_\_

### COORDONNEES

#### Adresse \*:

Étage, appartement, porte : \_\_\_\_\_  
 Numéro : \_\_\_\_\_ bis, ter .... : \_\_\_\_\_ Voie (rue de ....) : \_\_\_\_\_  
 Lieu-dit : \_\_\_\_\_  
 Boîte postale : \_\_\_\_\_ Cedex : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_

#### Contact :

Téléphone \* : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_



\* : champs obligatoires