



**SERVICE DES EAUX  
DU COUSERANS  
SERVICE ASSAINISSEMENT**

13, route de Toulouse  
09190 SAINT LIZIER  
Tél : 05.34.14.33.05

v.gosselin@eauxducouserans.com  
d.litchman@eauxducouserans.com

## **DEMANDE DE CONTRÔLE DU RACCORDEMENT D'UN IMMEUBLE AU RESEAU D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF**

### **Immeuble à contrôler :**

Nom et prénom du propriétaire actuel :

Rang :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Section :

Parcelle :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Personne présente au moment du rendez-vous (avec son N° de téléphone) :

### **Adresse d'envoi du compte-rendu et facture :**

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

**Par la présente, je demande au service d'assainissement de bien vouloir procéder au diagnostic du raccordement de l'immeuble renseigné ci-dessus au réseau d'assainissement collectif.**

**Je demande, pour la réalisation de ce contrôle, à être contacté(e) par téléphone afin de fixer un RDV sur place dans un délai de 15 jours.**

**Je serai présent ou je serai représenté lors de ce contrôle afin de permettre aux techniciens l'accès à l'intérieur de la maison (utilisation de colorant dans les éviers et WC).**

**Après la vérification sur le terrain, un rapport me sera envoyé, récapitulant les observations réalisées sur la conformité de ce raccordement.**

**Le coût de ce contrôle est de 110 € HT, et une facture me sera envoyée à l'adresse renseignée ci-dessus.**

Signature du propriétaire avec la mention lu et approuvé :

Fait à ....., le .....