

DEMANDE DE DIAGNOSTIC D'UN DISPOSITIF
D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF
DANS LE CADRE D'UNE VENTE

*champs obligatoires

1- DEMANDEUR			
Nom* :		Prénom* :	
Agissant en qualité de* : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Notaire <input type="checkbox"/> Agence immobilière <input type="checkbox"/> Syndic <input type="checkbox"/> Autre :			
Adresse*			
CP et Commune*			
Email*		Tél* :	
2- ADRESSE DE L'INSTALLATION			
Nom du propriétaire* :		Prénom du propriétaire* :	
Type de logement* : <input type="checkbox"/> Habitation individuelle <input type="checkbox"/> Logement collectif ; préciser nb de logement :			
Adresse*			
CP et Commune*			
Références cadastrales*			
Numéro de contrat Eau Potable*			
(se trouve en haut à droite de la facture)			
3- PERSONNE À CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ VOUS			
Nom* :		Prénom* :	
Agissant en qualité de* : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre :			
Tél. fixe*		Tél. portable*	
Email*			
3- PERSONNE À FACTURER (si non renseigné, la facture sera adressée au demandeur)			
Nom :		Prénom :	
Si facture à adresser à l'office notarial, référence de la vente :			
Adresse			
CP et Commune			
Email			
4- COORDONNES DES ACQUEREURS (si connues)			
Nom :		Prénom :	
Adresse			
CP et Commune			
Tél			

