



**SYNDICAT  
DES EAUX**  
CHARENTE-MARITIME

Service Assainissement individuel

**Syndicat des Eaux 17**  
**Agence Haute-  
Saintonge**  
Rue des 7 chevaliers  
BP 8 – 17130 – MONTENDRE  
tel : 05-46-04-96-30  
fax : 05-46-04-96-35

**Syndicat des Eaux 17**  
**Agence Saintonge**  
131 Cours Genêt  
BP 50517 - 17119  
SAINTES CEDEX  
tel : 05-46-92-39-87  
fax : 05-16-44-06-09

**Syndicat des Eaux 17**  
**Agence Aunis**  
ZA du Fief Girard  
BP 60005-17290  
AIGREFEUILLE  
tel : 05-46-66-20-10  
fax : 05-46-66-20-15

**Demande d'informations sur le contrôle de l'assainissement non collectif dans le  
cadre d'une vente d'immeuble à usage d'habitation**

**En application de l'Article L1331-11-1 du Code de la Santé Publique**

Documents à joindre avec la présente demande complétée.

➤ Un plan d'accès au 1/10000<sup>e</sup> (par exemple) permettant de localiser l'habitation concernée par rapport au bourg de la commune.

➤ Un plan de situation cadastral permettant de localiser la parcelle, le n° et la section.

Demandeur des informations : Propriétaire  Notaire  Agence Immobilière

**Renseignements concernant l'habitation**

Adresse de l'habitation en vente : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Références Cadastreales : .....

**Nom (s) et Prénom (s) du (ou des) propriétaire(s) (en cas d'indivision : nom et prénom du gérant de l'indivision):** .....

Téléphone fixe : ...../...../...../...../..... Mobile : ...../...../...../...../.....

Adresse du (ou des) propriétaire(s) si différente : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

**Personne à contacter si une intervention sur site est nécessaire :**

Propriétaire  Agence Immobilière  Notaire

**Notaire chargé de la vente  
(le cas échéant)**

Nom du notaire : .....

Adresse de l'étude : .....

Code Postal : .....

Commune : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Fax : ...../...../...../...../..... Mail : .....

**Agence Immobilière chargée de la vente  
(le cas échéant)**

Nom de l'Agence Immobilière : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Commune : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Fax : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

**Redevance de contrôle du dispositif d'assainissement individuel**

Si le dernier contrôle n'est plus valable ou inexistant, je souhaite, **en tant que notaire**, prendre en charge la redevance du nouveau contrôle du dispositif d'assainissement individuel :  OUI  NON

**NB :** A défaut, la redevance de contrôle du dispositif d'assainissement individuel sera facturée au propriétaire de l'habitation.

Date :

Signature :