



## DEMANDE DE CONFORMITE DE RACCORDEMENT AU RESEAU D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

BP 6 – Place Mathurin Martin -56150 BAUD

Tél : 02.97.51.02.29 - Fax : 02.97.39.07.22

e.mail : [accueil@mairie-baud.fr](mailto:accueil@mairie-baud.fr)

Je soussigné, Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de :

Propriétaire                      Notaire                      Agent immobilier                      Autre (préciser) .....

*(rayer les mentions inutiles)*

Demeurant : .....

Code postal : ..... Commune : .....

**Sollicite la Commune de BAUD pour le contrôle du branchement au réseau d'assainissement en vue d'établir un certificat de conformité pour la propriété sise :**

Adresse : .....56150 BAUD

*Personne présente lors de l'enquête pour permettre l'accès au branchement*

Nom : ..... N° de Tél : .....

*Propriétaire (s'il est autre que le demandeur)*

Nom : ..... Prénom : .....

*Notaire chargé de la succession du bien : .....*

Fait à ..... le .....

*Signature du demandeur*

### ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e), (*nom et prénom de la personne qui aura à s'acquitter du paiement*)

.....

Adresse : .....

M'engage à verser à la Trésorerie de BAUD, dans le délai d'un mois après réception du titre de recettes émis par la Commune, la somme de **150,00 € HT (plus TVA au taux en vigueur)** correspondant aux frais de contrôle de branchement au réseau d'assainissement collectif (*délibération du Conseil Municipal dans sa séance du 26 février 2010*).

Fait à ..... le .....

Signature