

Chiroubles



**CONTACT
VOTRE MAIRIE**

**FICHE DE DEMANDE DE CONTRÔLE A LA
REALISATION**

- **PROPRIETE :** Adresse :
- **PROPRIETAIRE :** Référence cadastrale : Section : n° :
- **PROPRIETAIRE :** Nom :
- **PROPRIETAIRE :** Prénom :
- **PROPRIETAIRE :** Adresse :
- **PROPRIETAIRE :** Téléphone :
- **ENTREPRISE AYANT REALISE LES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT**
Nom :
- **ENTREPRISE AYANT REALISE LES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT**
Responsable :
- **ENTREPRISE AYANT REALISE LES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT**
Téléphone : Fax :
- **DATE DE DEBUT DES TRAVAUX :**
- **DATE PREVUE POUR L'ACHEVEMENT DES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT :**
- **VISITE DE CONTROLE DEMANDEE POUR LE :**

**POUR ÊTRE PRISE EN COMPTE LA DEMANDE DE VISITE DE CONTRÔLE DE REALISATION DOIT ETRE :
DEPOSEE A LA MAIRIE DE CHIROUBLES**

QUI LA TRANSMETTRA A IGA PAR FAX AU 04 94 53 69 79

DIX JOUR MINIMUM AVANT LA DATE SOUHAITEE POUR LA RECEPTION

LE SERVICE CONFIRMERA LA DATE ARRETEE

Bon pour accord pour la demande et la réalisation du contrôle à la réalisation

<p><i>Signature de l'Entreprise</i></p> <p><i>Date :</i></p>	<p><i>Signature du Maire</i></p> <p><i>Date :</i></p>
--	---