

**BON DE COMMANDE POUR DIAGNOSTIC ASSAINISSEMENT**  
**à renvoyer, impérativement avant la visite de l'agent du Pays Voironnais à :**

Communauté d'Agglomération du Pays Voironnais  
**Service Cycle de l'Eau**  
40 Rue Mainssieux - CS 80363 - 38516 VOIRON Cedex  
Renseignements au 04 76 67 60 10  
Mail : contact-assainissement@paysvoironnais.com

Je soussigné(e)\* .....

Né(e) le\* : ...../...../..... à\* .....

fais appel à la Communauté d'Agglomération du Pays Voironnais pour effectuer le contrôle de mon installation d'assainissement collectif ou non collectif.

Je m'engage à payer le montant de cette prestation à savoir :

- Pour une maison individuelle, 125 € HT soit **150 € TTC** ou
- Pour un immeuble nécessitant l'intervention de deux agents 264 € HT soit **316,80 € TTC** (tarif fixé par délibération du Conseil Communautaire du Pays Voironnais en date du 19 décembre 2023) à la suite de la visite effectuée par l'agent du Pays Voironnais, sur la base d'un **Titre Exécutoire** qui sera établi ultérieurement par le service Cycle de l'Eau du Pays Voironnais et transmis via Le Trésor Public.

**L'installation à diagnostiquer est située :**

Adresse\* : .....

.....

Code postal\* - Commune\* : .....

Réf. cadastrales : .....

Téléphone\* : Fixe : ..... Portable : .....

**Je vous laisse le soin d'envoyer la facture à l'adresse suivante :**

Adresse\* : .....

.....

Code postal\* - Commune\* : .....

Fait à ....., le .....

**La facture vous sera adressée dans un délai moyen de 2 mois après la réalisation du contrôle.**

**En cas d'empêchement, merci de nous prévenir 48 heures à l'avance, par téléphone au 04 76 67 60 10 ou par mail : contact-assainissement@paysvoironnais.com.**

**Remarque : Les installations intérieures dont le propriétaire a la responsabilité doivent être connues, accessibles et entretenues afin d'assurer l'efficacité du contrôle.**

*\*Informations obligatoires*

**Signature**  
**(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**