

REPLACEMENT DE CONTENEUR
OU
RÉPARATION DE CONTENEUR

Date de la demande : COMMUNE DE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LOGEMENT POUR LEQUEL S'EFFECTUE LA DEMANDE

Adresse :

Résidence principale Résidence secondaire Location

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

NOM Prénom :

Téléphone (obligatoire) : Courriel :

Je suis propriétaire Je suis locataire
Nom, prénom du propriétaire :

Coordonnées:
.....

Nombre de personnes dans le logement :

| TYPE DE LA DEMANDE | N° DE CONTENEUR INSTALLÉ (inscrit au dos de la cuve) | MOTIF DE LA DEMANDE | PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR (attention tout dossier incomplet sera classé sans suite) |
|--------------------|---|---|---|
| REPLACEMENT | Ordures Ménagères (couvercle vert) N° | Vol <input type="checkbox"/> Destruction par le feu <input type="checkbox"/> Cuve fendue <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) | Vol : déclaration fournie par les services de Police ou Gendarmerie Destruction par le feu : copie du dépôt de plainte ou main courante ou copie de la déclaration à l'assurance Cuve fendue : déclaration sur l'honneur |
| | Emballages Ménagers (couvercle jaune) N° | Vol <input type="checkbox"/> Destruction par le feu <input type="checkbox"/> Cuve fendue <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : | |
| RÉPARATION | Ordures Ménagères (couvercle vert) N° | Couvercle cassé <input type="checkbox"/> Roues endommagées <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : | Néant |
| | Emballages Ménagers (couvercle jaune) N° | Couvercle cassé <input type="checkbox"/> Roues endommagées <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : | |

ATTENTION : POUR TOUTE INTERVENTION, LE BAC DOIT ÊTRE VIDE ET PROPRE

Renseignements / Contact :

Communauté d'Agglomération Royan Atlantique

Pôle gestion des déchets - 107, avenue de Rochefort - 17201 ROYAN Cedex

Tél : 05 46 39 64 64 - Fax : 05 46 22 19 31 (accueil fermé le jeudi matin)

service-dechets@agglo-royan.fr