



Réservé à IILE-SRI :

Réf. :

Localité :
Personne de contact :
Réf. :
Tél. :
E-mail :

DEMANDE DE CONTRÔLE DE PREVENTION INCENDIE

Nature de la demande : (Cocher la case adéquate)

<u>Permis d'urbanisme :</u>	<u>Autre prestation :</u>
• Construction	<input type="checkbox"/> Attestation de sécurité
<input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Plans modifiés	<input type="checkbox"/> Contrôle périodique
• Transformation	<input type="checkbox"/> Contrôle de travaux terminés
<input type="checkbox"/> Intérieure <input type="checkbox"/> Régularisation <input type="checkbox"/> Plans modifiés	<input type="checkbox"/> Visites
	<input type="checkbox"/> Avis/Renseignements
<u>Permis d'environnement :</u>	<input type="checkbox"/> Manifestation
<input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Nouveau	
Permis unique : <input type="checkbox"/>	<u>Divers (à préciser) :</u> <input type="checkbox"/>

A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE Date :

1. Adresse du bien et Section cadastrale :

Référence cadastrale :
N°/Rue :
Code Postal : Commune :

2. Coordonnées du demandeur : (biffer les mentions inutiles)

Qualité : propriétaire / exploitant / syndic / maître d'ouvrage / locataire / autre (à préciser) :
Melle/Mme/Mr.....
N°/Rue : Code Postal :
Commune : Tél / Gsm :
Fax : Email

3. Portée de la demande : (biffer les mentions inutiles)

La demande concerne : l'ensemble / une partie du bâtiment
Dénomination :
Destination : logement / commerce / bureau / horeca / autre (à préciser) :

Informations relatives à la partie du bâtiment concernée par la demande :

Superficie au sol en m² : Nombre de niveaux :

Informations relatives à l'ensemble du bâtiment :

Superficie au sol en m² : Nombre de niveaux :

4. Coordonnées de facturation :

Les Prestations effectuées par la zone de secours pour des missions de prévention donnent lieu au paiement, par la personne physique ou morale au profit de laquelle la prestation est effectuée, de la facture émise sur base du Règlement sur la tarification des prestations payantes de la zone de secours LIEGE ZONE 2 IILE-SRI.

Nom de la société :
et raison sociale du redevable : Sa - Sprl - Asbl - Sc - Scrl ou autres (à préciser) :

OU Mr/Mme/Melle/Mr & Mme :

Adresse :

Code Postal : Commune :

TVA :

Tél / Gsm / Fax :

N° Carte Identité et date de naissance :

5. Propriétaire du bâtiment :

Prénom Nom ou Nom de la société :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél / Gsm / Fax :

E-mail :

6. Personne à contacter :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél / Gsm / Fax :

E-mail :

REMARQUES

- Dans le cas où ce formulaire ne serait pas correctement et complètement rempli, votre dossier vous sera renvoyé.

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT :

Le(s) soussigné (Nom, Prénom du (des) demandeur(s)).....
.....déclare(nt) :

- Avoir pris connaissance du fait qu'une prestation du Département Prévention de la zone de secours LIEGE ZONE 2 IILE-SRI est nécessaire pour le traitement de mon/notre dossier ;
- S'engage à acquitter la facture qui sera émise en contrepartie de cette prestation sur base du règlement en vigueur dont une copie m'/nous est fournie.

Signature du(des) demandeur(s) :