

FACTURE N° 5020095
INTERVENTION PLANIFIEE 845
N/REF : 1/01/2025 50H35 C:006743 I:54411

LA MAISON BEL AIR

**4 RUE BEL AIR
29670 TAULE**

IMMEUBLE : EHPAD BEL AIR
4 RUE BEL AIR
29670 TAULE

Guipavas, le 19 Février 2025

Référence Marché: NOTRE TARIF EN VIGUEUR
LOCALISATION : LA MAISON BEL AIR
EHPAD BEL AIR 4 RUE DE BEL AIR TAULE
MOTIF : Intervention semestrielle
Donneur d'ordre : M. F. PAUGAM

INTERVENTION DU 12/02/2025
PRENDRE RDV POUR LES ACCES
POMPAGE ET NETTOYAGE BAC A GRAISSE 2M3
CURAGE ET SORTIE SI ACCESSIBLE
TRAITEMENT DES DECHETS EN CENTRE AGREE
FOURNITURE D UN BSD

2 FOIS/AN

OBSERVATIONS : SB LCOMPTER Email envoyé le 19/02/25 a 13H57 M. F. PAUGAM

=====				
Quantité	Heures - Suppléments - Descriptif	N°BT	P.U. HT	
1,00	Entretien de bac(s) a graisse	1	282,00	282,00
TOTAL H.T.				282,00
T.V.A. a 20,00%				56,40
TOTAL T.T.C.En EURO				338,40

Valeur en votre reglement au 31 Mars 2025

Pénalités de retard: 3 fois le taux d'intérêt légal (Loi n° 2008-776 du 4 Aout 2008).
Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement : 40 euros.
TVA acquittée sur les encaissements.

N° 3047

PRODUCTEUR	
<i>L'ensemble des informations nominatives ci-dessous a un caractère confidentiel</i>	
Coordonnées du propriétaire :	Coordonnées de l'installation : CHPAD Bel Air 4 rue Bel Air - 29670 TROUE
Date de l'intervention	
Désignation des sous-produits vidangés : ☐ matières de vidanges (20 03 04) ☐ curage de réseau (20 03 06) ☐ boues de STEP déshydratées (19 08 05) ☐ sables (19 08 02) ☐ boues de STEP liquides (19 08 05) ☒ Autres (à préciser) : grasses	
Je soussigné, atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus	Date : 12/02/24
Signature :	Quantité approximative vidangée (en m³) : 2

COLLECTEUR - TRANSPORTEUR	
RAISON SOCIALE : A.H.P. Siret : 485 357 768 00020 ADRESSE : Kerigoualc'h - 29490 Guipavas Langonaval - 29610 Plouigneau Tél. 02 98 02 73 26 - Fax 02 98 02 76 59	N° Agrément : 29-2010-07-14-V Délivré par la Préfecture de : QUIMPER Date de validité : 26 juillet 2020
Données relatives au véhicule N° d'immatriculation : ED 615 CG	NOM de l'Opérateur réalisant la prestation : ST ROMBOUT <i>Je soussigné, m'engage à respecter le règlement relatif aux conditions d'admission sur le site de dépotage.</i> Signature : 

UNITE DE TRAITEMENT	
LIEU DE RECEPTION : 1 - Station d'Épuration ZI Portuaire 29200 BREST	☐ accepté ☐ refusé Motif de refus : Date :
Quantité reçue (en tonnes ou m³) :	Signature et date de réception :
LIEU DE RECEPTION: 2 -	☐ accepté ☐ refusé Motif de refus : Date :
Quantité reçue (en tonnes ou m³) :	Signature et date de réception :

Ex. Blanc : conservé par le propriétaire de l'installation

Ex. Jaune : conservé par l'entreprise d'assainissement

Ex. Rose : conservé par le centre de traitement, coordonnées de l'installation et du propriétaire non mentionnées

Ex. Vert : retour entreprise signé par le centre de traitement, coordonnées de l'installation et du propriétaire non mentionnées