



**RE-INSPECTION FEE FOR
ON-SITE SEWAGE DISPOSAL
SYSTEM INSPECTION**

**FRAIS D'INSPECTION
SUBSÉQUENTE POUR UN
SYSTÈME AUTONOME
D'ÉVACUATION ET D'ÉPURATION
DES EAUX USÉES**

DEPARTMENT OF HEALTH

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

***Please fill in all the information below to avoid processing delays.**

***Veuillez fournir tous les renseignements demandés ci-dessous afin d'éviter de retarder le traitement de votre demande.**

INSTALLER'S INFORMATION/ INFORMATION DE L'INSTALLATEUR :

Name of Licence Installer/ Nom de l'installateur						
Installer's Licence Number/ Numéro du permis d'installateur						
Mailing Address/ Adresse postale						
					Postal Code/ Code Postal	
Daytime Telephone Number/ Numéro de téléphone de jour				Cell Phone Number/ Numéro de téléphone cellulaire		

**INFORMATION FOR THE ON-SITE SEWAGE SYSTEM FOR WHICH THE RE-INSPECTION FEE IS BEING PAID:
INFORMATION DU SYSTÈME AUTONOME D'ÉVACUATION ET D'ÉPURATION DES EAUX USÉES POUR LEQUEL
LES DROITS D'INSPECTION SUBSÉQUENTE SONT PAYÉS :**

Name Applicant / Nom du demandeur	On-Site Application file number : Numéro du dossier de la demande du système autonome d'évacuation et d'épuration des eaux usées :
-----------------------------------	--

Note: For further information, please contact your local Public Health Office/ Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le bureau régional de la Santé publique.

Date _____ 20 _____ Signature of Applicant
Signature du demandeur _____

PAYMENT:

Fill out and return this form to a Service New Brunswick office, including the \$ 100.00 required fee. (PLU- 351632)

PAIEMENT:

Remplir et faire parvenir ce formulaire à un bureau de Services Nouveau-Brunswick avec les droits prescrits de 100\$ (PLU-351632)