

ORDRE DE MISSION

Par mail ou fax

Propriétaire

Nom : Prénom :
Adresse :
Ville : Code postal :
Téléphone : E-mail :

Adresse du Bien à diagnostiquer :

Ville : **Code Postal :**

Prescripteur (rayer la mention inutile) :

Propriétaire / Agence immobilière / Office Notariale / Autre :
Adresse : **Ville :**
Téléphone : **E-mail :**

Type de bien (rayer la mention inutile) :

Appartement / Maison / Immeuble / Local Commercial / Autre

Date de construction du bien :

Superficie :

Nombre de pièces :

Type de chauffage :

Collectif : oui - non

Diagnostics (rayer la mention inutile) :

Amiante

Plomb

Etat parasitaire

Carrez

Gaz

Electricité

DPE

Autre :

Syndicat de Copropriété :

Facturation (rayer la mention inutile) : Propriétaire / Agence immobilière / Notaire / Autre

Envoi du rapport (rayer la mention inutile) : Propriétaire / Agence immobilière / Notaire / Autre

Copie du rapport (rayer la mention inutile) : Propriétaire / Agence immobilière / Notaire / Autre

Date de la signature du compromis de vente :

Moyens d'accès au bien et à ses annexes (Code porte d'entrée, clef de cave, grenier ou bâtiments annexes) :

Remarques :