

#### Espace réservé à l'administration

N° de matricule :

N° de demande :

Date de la demande :

#### Identification de l'immeuble faisant l'objet de la demande

Adresse :

No de lot :

#### Identification du propriétaire

Nom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

#### Identification du requérant (si différent du propriétaire fournir une procuration)

Nom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Courriel :

Téléphone :

Nombre de dentistes qui dispensent ou supervisent des soins dentaires :

Cochez s'il s'agit d'un cabinet dentaire où se pratiquent exclusivement la chirurgie buccale et maxillo-faciale, l'orthodontie ou la parodontie.

#### Description des équipements pour l'ensemble du cabinet dentaire

Nombre total de chaises (soins dentaires) :

Présence de crachoirs Oui  Non

Nombre total de séparateurs d'amalgame :

Si oui, nombre total de crachoirs :

#### Séparateur d'amalgame

Date d'installation :

Fabricant (nom) :

Modèle :

Certifié ISO 11143 :

Oui  Non

Nombre de chaises raccordées :

Nombre de crachoirs raccordés :

Identifier les autres équipements raccordés (évier, drains, etc.) ou inscrire N/A si non applicable :

#### Fournisseur

Nom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

**Note :** Le propriétaire ou l'exploitant d'un cabinet dentaire doit s'assurer que toutes les eaux susceptibles d'entrer en contact avec des résidus d'amalgame sont, avant d'être déversées dans un ouvrage d'assainissement, traitées par un séparateur d'amalgame d'une efficacité d'au moins 95 % en poids d'amalgame et certifié ISO 11 143. Il doit s'assurer que le séparateur d'amalgame est installé, utilisé et entretenu de manière à conserver le rendement exigé. Lors de l'installation ou du remplacement d'un séparateur d'amalgame, le propriétaire ou l'exploitant d'un cabinet dentaire doit conserver, et fournir à la Ville sur demande, les renseignements suivants : la marque, le numéro du modèle et la date d'installation ou de remplacement de cet équipement. Les preuves d'entretien et d'élimination des résidus doivent être conservées pendant une période de cinq ans et fournies, sur demande, à la Ville.

#### Consentement du requérant

Je consens à l'utilisation des renseignements fournis dans ce formulaire, à leur communication aux personnes concernées par son traitement, et ce, pour la durée utile à l'administration.

#### Déclaration du requérant

Le **soussigné déclare** que les renseignements précédents sont exacts et complets et s'engage à déposer tous les documents requis à la demande des services concernés. Le soussigné déclare également avoir pris connaissance de la procédure et de la réglementation municipale applicable en vigueur. Enfin, le soussigné comprend que le présent formulaire ne constitue pas une demande de permis.

Signature du requérant :

Nom et prénom :

Date :

#### Ville de Blainville, Service de l'urbanisme, de la mobilité et de la transition écologique

Hôtel de ville, 1000, chemin du Plan-Bouchard, Blainville (Québec) J7C 3S9

Téléphone : 450 434-5254 | Courriel : [urbanisme@blainville.ca](mailto:urbanisme@blainville.ca) | [www.blainville.ca](http://www.blainville.ca)

IMPRIMER

RÉINITIALISER