

1 – INSTRUCTIONS GÉNÉRALES		
Fournir tous les renseignements demandés (utiliser des formulaires additionnels au besoin).		
Transmettre le formulaire complété et signé par le propriétaire ou exploitant du commerce à l'adresse courriel suivante <a href="mailto:infomrc@margueritedyouville.ca">infomrc@margueritedyouville.ca</a> ou par la poste au 609 route Marie-Victorin, Verchères, Québec, J0L 2R0.		
Le texte du règlement peut être consulté dans la section « 2008-47 Règlement sur l'assainissement des eaux » sur le site Internet de la MRC ( <a href="http://www.margueritedyouville.ca">www.margueritedyouville.ca</a> ). Pour toute question, veuillez contacter la personne responsable de l'application du règlement au 450 583-3301, poste 247.		
2 – IDENTIFICATION		
Nom du cabinet :	Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :	
Adresse (lieu des activités) :	Code postal :	
Nombre de dentistes qui dispensent ou supervisent des soins dentaires :		
<input type="checkbox"/>	Cocher s'il s'agit d'un cabinet dentaire où se pratiquent exclusivement la chirurgie buccale et maxillo-faciale, l'orthodontie ou la parodontie (le cas échéant, les sections 3 et 4 ne s'appliquent pas, passer à la section 5).	
Égout du bâtiment connecté à : <input type="checkbox"/> Réseau municipal <input type="checkbox"/> Fosse septique <input type="checkbox"/> Autre : _____		
3 – DESCRIPTION DES ÉQUIPEMENTS POUR L'ENSEMBLE DU CABINET DENTAIRE		
Nombre total de chaises (soins dentaires) :	Présence de crachoirs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre total de séparateurs d'amalgame :	Si « oui », nombre total de crachoirs :	
4 – SÉPARATEUR D'AMALGAME (N. B. : Compléter un formulaire pour chaque système de prétraitement)		
Fabricant (nom) :	Modèle :	Certifié ISO 11143 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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, téléphone) :		Date d'installation :
Le Règlement n° 2008-47 de la CMM stipule au paragraphe a) de l'article 4 que : « 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 11143. Il doit s'assurer que le séparateur d'amalgame est installé, utilisé et entretenu de manière à conserver le rendement exigé. »		

**5 – DÉCLARATION PAR LA PERSONNE RESPONSABLE (PROPRIÉTAIRE OU EXPLOITANT)**

Je confirme que tous les renseignements déclarés sont véridiques, exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature

Date

Nom (en lettres moulées)

Titre ou fonction

Téléphone

Télécopieur

Courriel

**6 – À L'USAGE DE LA MRC**

Inspection du prétraitement en place :

- Séparateur d'amalgame conforme :  Oui  Non  N/A

Commentaire/Intervention à faire :

Nom de l'inspecteur : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_