

<p>SERVICE PUBLIC DE WALLONIE</p> <p>Agriculture, Ressources Naturelles et Environnement</p> <p>Département du Sol et des Déchets Direction des Instruments économiques et des Outils financiers Av. Prince de Liège, 15 5100 Jambes</p> <p>☎ 081/33.63.00 (de 09 heures à 12 heures)</p>	<p>NUMERO D'IDENTIFICATION TAXE :</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Annexe au formulaire de déclaration à la taxe sur le déversement des eaux usées industrielles et domestiques pour le secteur des hôpitaux

(Articles D.258 à D.283 du Code de l'Eau)

Année de taxation 2024– Année de déversement 2023

A retourner avant le 31 mars 2024

I. MODIFICATIONS DE L'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT ET DU REDEVABLE

1°) Dénomination et adresse de l'hôpital :

2°) Dénomination et adresse de la personne redevable de la taxe :

Compte financier n° : / /

Titulaire :

N° de T.V.A. : / / N°RRW :

3°) Adresse pour la correspondance :

4°) Nom, prénom, qualité et n° de téléphone d'un responsable auprès duquel des renseignements peuvent être obtenus :

II ALIMENTATION EN EAU

Quel est le mode d'alimentation en eau de l'hôpital ? (1)

Distribution publique :

Joindre au présent formulaire copie des factures de régularisation émises par le distributeur d'eau et se rapportant à une période de consommation entièrement ou partiellement comprise dans l'année 2023.

Prise(s) d'eau souterraine : puits, captage de source à l'émergence, ...

.....

.....

En cas d'alimentation par prise(s) d'eau souterraine munie(s) de compteur, indiquer ci-après les relevés d'index en début et en fin d'année 2023 :

dates des relevés	index

III. NOMBRE DE LITS

Nombre de lits en 2023 :

Le nombre de lits à prendre en considération par site d'exploitation est égal au quotient du nombre de « journées réalisées » d'hospitalisation par 365.

IV. NETTOYAGE DU LINGE

Le linge relatif à l'occupation des lits est-il lavé en totalité ou en partie **dans** l'hôpital ? **OUI / NON** (2)
Si seulement une partie du linge est lavée **dans** l'hôpital, traduire cette partie en pourcentage:

Si le linge est lavé en totalité ou en partie **en dehors de** l'hôpital, indiquer la dénomination et l'adresse de la société ou de l'institution à qui le nettoyage du linge est confié:
.....

V. PREUVE DE PAIEMENT

Joindre le (ou les) extrait(s) de compte financier attestant le paiement des factures d'eau visées au point II.

Si ces documents ne sont pas transmis, aucun remboursement ne pourra être réalisé.

VI. OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le soussigné certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont sincères et exacts.

Fait à, le

Nom du signataire:

Qualité:

Signature:

(1) Cocher la (ou les) case(s) adéquate(s).

(2) Biffer la mention inutile.