

Autorização para Débito em Conta Bancária

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO CONTRATO			
Nome:			
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
CC/BI nº:	Validade:	Arquivo:	
NIF:			
Telefone:		E-mail:	

OBJETO DO REQUERIMENTO

Para pagamento de:

☐ Abastecimento de Água ☐ Saneamento de Águas Residuais ☐ Resíduos Sólidos Urbanos

Número de Área / Consumidor: ____/____

☐ Autorização ☐ Alteração

Titular da Conta:
IBAN:
Entidade Bancária:

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR. A presente autorização de débito respeita apenas a operações de débitos directos entre empresas. O signatário não tem direito ao reembolso pelo seu Banco, após a sua conta ter sido debitada, mas tem o direito de exigir ao seu Banco que a conta não seja debitada até ao dia em que o pagamento é devido. Preencha por favor todos os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

*By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Creditor.*

☐ Cancelamento da autorização para débito em conta bancária

Arganil, ____ de ____ de 20 ____

O Requerente

O Município de Arganil cumpre o Regulamento Geral de Proteção de Dados no que concerne à recolha e tratamento dos mesmos.
Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à tramitação do presente pedido. Para mais informações contate rgpd@cm-arganil.pt

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

O Funcionário _____			
ENTRADA		INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO/DECISÃO
Requisição Nº			DEFERIDO
Data			INDEFERIDO
Contrato N.º:			Data _____ O Presidente _____
			____/____/____