

PEDIDO DE PAGAMENTO EM PRESTAÇÕES

IDENTIFICAÇÃO	
*Nome:	
*NIF / NIPC:	
*Morada residência / Sede:	
*Código Postal:	*Localidade:
*Telefone / Telemóvel:	

EXPOSIÇÃO DO PEDIDO

Requer a V. Exa, se digne autorizar o pagamento da fatura / dívida, em _____ prestações mensais (até ao máximo de 12), por motivo de ordem económica.

IDENTIFICAÇÃO DA FATURA/DÍVIDA		
*Nome:		
*NIF / NIPC:		
ORIGEM		
Sistema de Gestão de Água	Área:	Consumidor:
Mês (Meses) de Faturação:		

**Campos de preenchimento obrigatório*

PEDE DEFERIMENTO	
Arganil, ____ de _____ de 20 ____	O Munícipe _____

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