

**Restabelecimento de Contrato de Água por Corte**

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO CONTRATO			
Área/Consumidor nº:		NIF:	
Nome:			
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
CC/BI nº:	Validade:	Arquivo:	
Qual. Titular*:			
Telefone:		E-mail:	

LOCAL DO CONSUMO	
Nome:	
Morada:	
Localidade:	Freguesia:
Código Postal:	

N.º de Contador	Calibre	Marca	A Marcar	Fim a que se destina o consumo

Arganil, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O Requerente,

---

(Assinatura conforme o BI, CC, Passaporte)

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	
Pagou € _____, guia de pagamento nº _____, o funcionário _____	
ENTRADA	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS
Contrato N.º:	

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](mailto:rgpd@cm-arganil.pt)