

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: <input type="checkbox"/> Abastecimento de Água Urbanos <input type="checkbox"/> Saneamento de Águas Residuais <input type="checkbox"/> Resíduos Sólidos
Número de Área / Consumidor: _____ / _____
<input type="checkbox"/> Autorização <input type="checkbox"/> Alteração

Titular da Conta:
IBAN:
Entidade Bancária:

Cancelamento da autorização para débito em conta bancária

Arganil, ____ de _____ de 20 ____

O Requerente,

(Assinatura conforme o BI, CC, Passaporte)

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS		
O Funcionário _____		
ENTRADA		INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS
Requisição Nº		
Data		
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