

Restabelecimento de Contrato de Água por Corte

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO CONTRATO			
Área/Consumidor n.º:		NIF:	
Nome:			
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
CC/BI n.º:	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 n.º _____, o funcionário _____			
ENTRADA		INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO/DECISÃO
Requisição N.º			DEFERIDO
Data			INDEFERIDO
Contrato N.º:			Data _____ O Presidente _____

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