

Requerimento de Rescisão de Contrato de Água

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

OBJETO DO REQUERIMENTO
O abaixo-assinado requer a rescisão do contrato de prestação de serviços do consumidor nº _____, da Área nº _____, a partir do dia: ___ / ___ / _____ (mencionar o motivo em baixo): _____

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

N.º de Contador	Calibre	Marca	Leitura

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	DESPACHO/DECISÃO	
Requisição Nº		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.



PO.01-IM.03.02-PT

Município de Arganil

Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à tramitação do presente pedido. Para mais informações contate rgpd@cm-arganil.pt