

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