CÂMARA MUNICIPAL DE VINHAIS
Tel. 273770300 Fax 273771108
E-mail: geral@cm-vinhais.pt
NIF: 501156003

ENTRADA	
A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	
ENTRADA Nº.	
DATA	
REQUERIMENTO	
PROCESSO	
O FUNCIONÁRIO	

Divisão de Ordenamento, Administração do Território e Serviços Urbanos

PEDIDO DE MUDANÇA DE LOCAL DE CONTADOR

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vinhais

NOME					
MORADA					
CÓDIGO POSTAL		**FREGUESIA**			
TELEFONE		**FAX**		**TELEM.**	
E-MAIL				**C.A.E.**	
B.I. / N.º ID CIVIL		**DATA VALIDADE**		**N.º DE CONTRIBUINTE**	

Objecto do Requerimento

Nome_____na qualidade de,_____

Vem solicitar a V. Exa. a mudança de contador que se encontrava instalado _____

_____

Informação dos Serviços			
Consumidor N.º:	_____	Instalação N.º	_____
Marca do Contador:	_____	N.º do Contador: _____	Diâmetro _____

Informação dos Serviços Técnicos			
Foi efectuado o serviço em:	/ /	N.º de Horas	_____
Requisição de Material n.º:	_____ / _____		
Rubrica:			

Observações: _____

O REQUERENTE,

AOS / /

_____