



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

ENTRADA	
ENTRADA Nº.	<input type="text"/>
DATA	<input type="text"/>
REQUERIMENTO	<input type="text"/>
PROCESSO	<input type="text"/>
O FUNCIONÁRIO	<input type="text"/>

A PREENCHER PELOS SERVIDORES

Divisão Administrativa e Financeira

PEDIDO DE VISTORIA DE VENDEDOR AMBULANTE

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vinhais

NOME	<input type="text"/>				
MORADA	<input type="text"/>				
CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	FREGUESIA	<input type="text"/>		
CONCELHO	<input type="text"/>	TELEFONE	<input type="text"/>	TELEM.	<input type="text"/>
FAX	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>	C.A.E.	<input type="text"/>
B.I. / N.º ID CIVIL	<input type="text"/>	DATA VALIDADE	<input type="text"/>	N.º DE CONTRIBUINTE	<input type="text"/>

Objecto de Requerimento:

Vem mui respeitosamente requerer a V.^a Ex.^a se digne autorizar a realização da vistoria á sua viatura marca _____, matricula _____, com vista a exercer a actividade de vendedor ambulante de _____.

O REQUERENTE,

Vinhais / / _____