**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 | |
| CONTRATO N.º | |
| INSTALAÇÃO N.º | |
| FACTURA N.º | |
| O FUNCIONÁRIO | |

## Divisão de Ordenamento, Administração do Território e Serviços Urbanos

## PEDIDO DE CORTE DE FORNECIMENTO

**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

**Dados do Consumidor**

Nome: _____

Local onde é consumidor _____

Lugar _____

N.º de ligação _____

Declara que _____

_____

_____

### Informação dos Serviços

Instalação N.º _____ Contador N.º _____

Última leitura do contador _____ Foi feita o corte / celagem em ____ / ____ / ____

**O REQUERENTE,**

AOS / /

_____