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	

Unidade de Administração Geral e Finanças

PEDIDO DE AVERBAMENTO DE NOME EM CONTRATO DE ÁGUA

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

Identificação do Titular do Contrato Cessante

Nome: _____

N.º de contribuinte: _____ Telefone: _____ Morada: _____

_____ Artigo* _____ Licença de obra n.º _____

Localidade: _____ Freguesia: _____

Instalação n.º _____ **Motivo:** □ Arrendamento* □ Falecimento * □ Venda*

□ Outro*

Novo Titular

Nome: _____

Morada: _____

Débito direto se existe: □ Manter

Código postal :_____ □ Desistir

Com efeito a partir de: ____/_____/_

Destino do Recibo

Nome _____Morada_____

_____ Código postal: / /

Informação dos Serviços

Instalação N.º _____ Consumidor N.º _____

Contador N.º _____ Marca do Contador: _____

Leitura:

* Preenchimento e entrega de comprovativo obrigatório

O REQUERENTE,

AOS / /

_____