



CÂMARA MUNICIPAL DE VINHAIS

Tel. 273770300 Fax 273771108

E-mail: geral@cm-vinhais.pt

NIF: 501156003

ENTRADA	
ENTRADA Nº.	
DATA	
REQUERIMENTO	
PROCESSO	
O FUNCIONÁRIO	

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Unidade Orgânica Administrativa e Financeira

PEDIDO DE AVERBAMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vinhais

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

Objecto de Requerimento:

Tendo (2) e estabelecimento sito em , freguesia de , desse concelho, ao qual se refere o ALVARÁ SANITÁRIO nº e, solicita a Vª Exª se digne mandar averbar no referido ALVARÁ o nome do novo proprietário, que é , contribuinte nº , residente em , freguesia de , concelho de .

Para os efeitos, se junta os seguintes documentos:

- a) Termo de Responsabilidade pelo cumprimento das condições e obrigações impostas no referido Alvará;
- b) Alvará Sanitário original;
- c) Escritura de trespasse;
- d) Declaração de inscrição ou início de actividade;
- e) Fotocópia dos cartões de contribuinte;
- f)

O REQUERENTE,

Vinhais / /