

PEDIDO DE PAGAMENTO ÁGUA PRESTAÇÕES MENSAIS

Exm.º Senhor
Presidente da Câmara Municipal de
Arruda dos Vinhos

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

N.º de Identificação Fiscal* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nome /Denominação* | _____

Domicílio/Sede* | _____

Freguesia* | _____ Cód.Postal* | ____|____|____|____ - ____|____|____ Concelho* | _____

Contacto Telefónico* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| E-mail (maiúsculas) | _____

BI/NIC | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Data de Validade | ____|____/____|____/____|____|____|____|

Representante | _____ NIF | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

* preenchimento obrigatório

PEDIDO / PRETENSÃO

Vem requerer a V.ª Ex.ª, nos termos do n.º 1 do art. 74.º do RSAPA, o pagamento da fatura de água n.º _____ referente ao mês de _____, no valor de _____ em _____ prestações mensais.

Área _____ Roteiro _____

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

Declaro, ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dou o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados recolhidos por parte do Município de Arruda dos Vinhos, podendo os mesmos ser acedidos por outras entidades, sempre que necessário, no âmbito de todas as atividades de tratamento, e manutenção de aplicações informáticas solicitadas pelo Município.

Autorizo o envio de comunicações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico acima indicado* Sim ☐ Não ☐

*As notificações e comunicações aos interessados de todas as decisões ou informações que possam ser efetuadas por via postal simples, serão realizadas através de correio eletrónico, conforme previsto no artigo 112º do CPA. Sempre que não possa processar-se por via eletrónica, a notificação é efetuada por via postal simples. O requerente presume-se notificado em consonância com o previsto no artigo 113º do CPA.

Autorizo a utilização dos meus contactos para efeitos de divulgação de iniciativas do Município Sim ☐ Não ☐

Pede deferimento

Arruda dos Vinhos, ____ de ____ de 20____.

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não puder assinar)

RECIBO DE ENTREGA DE REQUERIMENTO (a preencher pelos serviços)

Nome do requerente | _____ Reg. SGD | _____

Data ____/____/____ O Funcionário | _____ Rubrica | _____

Obs.: _____

INFORMAÇÕES / PARECERES

INFORMAÇÃO FINAL PARA DESPACHO

DESPACHO FINAL

Mod. 08. DOAQV/SAA/SA (atualização efetuada a 17-01-2019)



Arruda dos Vinhos
Câmara Municipal

Largo Miguel Bombarda | 2630-112 Arruda dos Vinhos
Tel.: 263 977 000 | Fax: 263 976 586
cm-arruda@cm-arruda.pt | www.cm-arruda.pt

DOAQV/SAA/Serviço de Água
aguas@cm-arruda.pt