



Município de Cadaval
Câmara Municipal
Divisão de Administração Geral

MGD nº _____

Data ____/____/____

O Funcionário _____

Religação/Recolocação de Contador

Requerimento

Exm^o Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Cadaval

DADOS DO CONSUMIDOR

Nome completo/designação: _____, contribuinte fiscal (colectiva ou empresário em nome individual) nº _____, consumidor na(o) (Rua, Avenida, Largo, etc...) _____, n.º _____, _____ andar, na localidade de _____, código postal _____ - _____, Freguesia de _____, portador do bilhete de identidade/cartão de cidadão nº _____, válido até ____/____/____, telefone/telemóvel _____, e-mail _____.

VEM REQUERER A V. Exa.

a religação/recolocação do contador de fornecimento de água para consumo **doméstico** , **comércio** , **industrial** , **obras** **outras situações** , da morada supra, com o **código de cliente** e o **contador nº** _____. Nº do Artigo Matricial: _____

DATA E ASSINATURA

Cadaval, ____ de _____ de _____.

O Consumidor

Conferi a assinatura pelo B.I/C.C. n.º _____, válido até ____/____/____, o Funcionário _____

Formulário disponível em : www.cm-cadaval.pt

Mod. – BUA – DAG – 02.9_A1