



Municipal de Cadaval
Câmara Municipal
Divisão de Administração Geral

MGD nº _____

Data ____/____/____

O Funcionário _____

Suspensão de Pagamento por Débito Direto

Requerimento

Exmos Senhores, por débito na conta abaixo indicada, queiram proceder, até nova comunicação, aos pagamentos que vos forem apresentados pela Câmara Municipal.

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE BANCÁRIO

Nome completo: _____, contribuinte fiscal nº _____,
residente na(o) (Rua, Avenida, Largo, etc...) _____, n.º _____, _____ andar, na
localidade de _____, código postal _____ - _____
telefone/telemóvel _____.

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR (caso não seja o cliente bancário)

Nome completo: _____, residente na(o) (Rua,
Avenida, Largo, etc...) _____, n.º _____,
_____ andar, na localidade de _____, código postal _____ - _____
telefone/telemóvel _____ e com o **código de cliente** .

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE BANCÁRIA

Designação da entidade bancária: _____

NIB:

DATA E ASSINATURA

Cadaval, ____ de _____ de _____.

Assinatura conforme ficha bancária

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

Formulário disponível em : www.cm-cadaval.pt

www.cm-cadaval.pt

Mod. - BUA - DAG - 02.3 A1