



Município de Cadaval
Câmara Municipal
Divisão de Administração Geral

MGD nº _____

Data ____/____/____

O Funcionário _____

Comunicação de Leitura de Contador

Requerimento

Exm^o Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Cadaval

DADOS DO CONSUMIDOR

Nome completo/designação: _____,
consumidor na(o) (Rua, Avenida, Largo, etc...) _____,
n.º _____, _____ andar, na localidade de _____, telefone/telemóvel
_____.

VEM COMUNICAR A V. Exa.

que o contador do **código de cliente** , encontra-se nesta data com a leitura de _____ m³.

DATA E ASSINATURA

Cadaval, ____ de _____ de _____.

O Consumidor

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

Formulário disponível em : www.cm-cadaval.pt

Mod. – BUA – DAG – 02.7_A1