MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ
CÂMARA MUNICIPAL

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal
de Santa Cruz

REQUERIMENTO AUTORIZACAO / CANCELAMENTO BANCARIO

				Nº. DE CONTRIBUINTE	
NOME:					
MORADA					
CÓDIGO POSTAL		FREGUESIA			
TELEFONE		FAX		E-MAIL	
PROFISSÃO				C.A.E.	
ESTADO CIVIL		CONTACTO		QUALIDADE	
B.I. NÚMERO		DATA EMISSÃO		ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO	

Objecto do Requerimento

O Consumidor n.º Solicita a V. Exa a

☐ - **AUTORIZAÇÃO**

☐ - **CANCELAMENTO**

A preencher pelo Banco

Banco:

NIB:

DATA: Carimbo e Rubrica

ESPERA DEFERIMENTO, **O REQUERENTE,**

AOS

ENTRADA			INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	A T E N D I M E N T O		PREENCHER PELOS SERVIÇOS	PREENCHER PELOS SERVIÇOS
	PRCS ADM			
	RQRT ATE			
	S U B S I S T E M A			
	REQUERIMENTO			
	P R O C E S S O			
	O FUNCIONÁRIO			