

## REQUERIMENTO POR PAGAMENTO EM DUPLICADO

Exmº Sr. Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Municipalizados da Câmara Municipal de Ponta Delgada.

Consumidor Nº \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Vem por este meio requerer o reembolso devido a:

### PAGAMENTO EM DUPLICADO

Mês de: \_\_\_\_\_

Pagamentos efetuados a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PAGAMENTO INCOERENTE

Mês de: \_\_\_\_\_

Pagamento efetuado a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anexando para o efeito os seguintes documentos:

- Comprovativo de pagamento;
- Comprovativo de NIB;
- Outro (s) \_\_\_\_\_

A reembolsar por transferência Bancária para o NIB: \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INFORMAÇÃO DESTES SERVIÇOS:

PARECER:

DESPACHO: