

Ex.mo Sr. Presidente da Câmara Municipal de Amares

Nome*:

Morada/sede*:

Código Postal: Freguesia: Concelho:

B.I./C.C. n.º: Validade: Contribuinte n.º

Telf/Telm.: E-mail:

*Preenchimento obrigatório nos termos da Lei nº43/90, de 10 de Agosto

Autoriza o envio de comunicações/notificações, no decorrer deste processo, para o email indicado.

O/A titular dos dados declara prestar o seu consentimento expresso para efeitos de tratamento dos seus dados pessoais, os quais serão utilizados apenas para este preciso âmbito.

Detalhes da reclamação Data: Hora:

Serviço a que se refere: Outro:

Descrição detalhada da reclamação:

Solução pretendida:

**Expressão de insatisfação apresentada a uma organização, relacionada com os seus produtos, ou com o próprio processo de tratamento de reclamações, relativamente à qual é esperada, explícita ou implicitamente, uma resposta.*

Pede deferimento,
Amares, de de 20
O/A Requerente,

B.I./C.C. Validade:

Dados a preencher pelo signatário, nos termos do DL 250/96, de 24 de dezembro

Ex.mo Sr. Presidente da Câmara Municipal de Amares

Continuação da descrição detalhada da reclamação:

Para o efeito, anexa os seguintes elementos necessários para análise:

-
-
-

Informação dos serviços:

Forma de receção da reclamação:

Presencial Correio Fax Email Telefone