Exmo. Sr. Presidente
da Câmara Municipal de OEIRAS

Inspecção higio-sanitária de veículos para transporte e confecção de produtos alimentares

Identificação do Requerente (Preencher com letra maiúscula)

Nome/Designação |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Morada |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Código Postal |__|__|__|__|-|__|__|__| Localidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Telefone/telemóvel |__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail _____
B.I. |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data de emissão |__|__|-|__|__|-|__|__|
Contribuinte |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Requer a V. Exa. (Assinale com X o que pretende)

Apresentar nesta data à inspecção higio-sanitária, o veículo _____

_____com a matrícula nº _____ destinado ao

☐transporte e/ou ☐confecção de _____ sujeitando-se ao pagamento

prévio da taxa correspondente.

Oeiras, ____ de _____ de _____

_____

Assinatura do requerente

Mod. DAPFS-03/1