

ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO - ALARGAMENTO -

REGISTO DE ENTRADA
N.º: _____
Data: ____ / ____ / ____
O Funcionário: _____



DESPACHO
Data: ____ / ____ / ____
O Presidente da Câmara: _____

MUNICÍPIO DA MURTOSA CÂMARA MUNICIPAL

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal da Murtosa

Nome / Designação:			
B.I. n.º _____ Emitido em ____ / ____ / ____ Arq. de Identificação de _____ Contribuinte Fiscal n.º _____			
Telefone: _____	Fax: _____	Correio Electrónico: _____	
Domicílio / Sede:			
Localidade: _____	Freguesia: _____	Código Postal: ____ / ____	Concelho: _____
Na qualidade de: Proprietário <input type="checkbox"/> ; Usufrutuário <input type="checkbox"/> ; Locatário <input type="checkbox"/> ; Mandatário <input type="checkbox"/> ; Superficiário <input type="checkbox"/> ; Outro: _____			
Representada por: _____			
B.I. n.º _____ Emitido em ____ / ____ / ____ Arq. de Identificação de _____ Contribuinte Fiscal n.º _____			

Requer, nos termos legais:

O alargamento de horário de funcionamento do estabelecimento: _____, sito na Rua / Lugar _____, da freguesia de _____, até às _____ horas, nos dias _____, em virtude de _____ _____ _____ _____
--

Para os efeitos, anexa os seguintes elementos:

<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/> Número de Identificação Fiscal
--	---

Guia de Recebimento n.º _____
Emitida em ____ / ____ / ____
Conferi: _____
(O Funcionário da CMM)

Pede deferimento,
Murtosa, ____ de _____ de _____
O Requerente,
