



**PROJETO DE REGULAMENTO MUNICIPAL DE APOIO À SAÚDE
CONSTITUIÇÃO DE INTERESSADOS – APRESENTAÇÃO DE CONTRIBUTOS**

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO / REPRESENTANTE									
NOME / DENOMINAÇÃO							NIF/NIPC		
IDENTIFICAÇÃO CIVIL		VALIDADE		CERTIDÃO PERMANENTE		-		CAE	
DOMICÍLIO / SEDE							N.º		
CÓDIGO POSTAL		-		FREGUESIA					
ENDEREÇO ELETRÓNICO					TELEFONE		FAX		
REPRESENTANTE							NIF		
IDENTIFICAÇÃO CIVIL		VALIDADE		TELEFONE		E-MAIL			
DOMICÍLIO				CP		-			
SÓCIO-GERENTE	MANDATÁRIO	OUTRO:	PROCURAÇÃO ONLINE				-		-
COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES									
DOMICÍLIO ESCOLHIDO				CP		-			
OUTROS MEIOS DE NOTIFICAÇÃO Pessoas singulares	No âmbito deste procedimento consinto que qualquer comunicação ou notificação seja efetuada por correio eletrónico								por fax
	por telefone	(A notificação por telefone está sujeita a confirmação por carta registada no dia útil mediato.)							
OBJETO DO REQUERIMENTO									
<input type="checkbox"/> Comunica a V. Ex. ^a que pretende constituir-se como interessado no procedimento de elaboração do projeto de Regulamento Municipal de Apoio à Saúde , nos termos previstos nos n.ºs 3 e 4 do edital publicado pela Câmara Municipal em 12 de setembro de 2018.									
<input type="checkbox"/> Apresenta os seguintes contributos:									
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>									
Felgueiras, ____/____/____					O interessado,				
<hr/>									

REGISTO DE ENTRADA
O G.M., _____

DESPACHO