MUNICÍPIO DO MONTIJO
CÂMARA MUNICIPAL DO MONTIJO
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

PROGRAMA MUNICIPAL DE APOIO ALIMENTAR (PMAA)

Requerimento de Reembolso

Identificação

Nome do Estabelecimento/Empresa ……

Nome do Responsável …….. Contato telefónico ……..

Denominação Fiscal …… CAE da Atividade/Estabelecimento ……

Morada …… Localidade …… CP ……

NIF…… Mail ……..

Lista de Transações

Número da Fatura	Data	Valor	N.º do(s) Vale(s)

Documentação:

Certidão de Não Dívida à AT e SS; Comprovativos de transação comercial (faturas/recibos); Vales entregues.

Declaro sob compromisso de honra que não possuo dívidas ao Município do Montijo e que a documentação e informação deste Requerimento de Reembolso são verdadeiras.

Montijo, …… de …… de ……

Assinatura do Representante Legal ……