

INSPEÇÃO DE ELEVADOR

Exmo. Sr.
Presidente da Câmara Municipal de Pinhel

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

N.º de Contribuinte: Tipo: Na qualidade de :

de:

Morada:

Código Postal: Freguesia:

Concelho: E-mail:

Telefone: Telemóvel: Fax:

Documento de Identificação: N.º

Válido até:

Vem requerer a V. Ex.ª,

Inspeção periódica

Reinspeção periódica

Inspeção extraordinária

De :

Ascensor | Escada Mecânica | Monta-cargas | Tapete Rolante

Marca:

Carga:

Ano de entrada em serviço:

Local da instalação:

Data:

/ /

Pede Deferimento

O(A) Requerente,