



CIAC - TAVIRA

município
tavira

CENTRO DE INFORMAÇÃO AUTÁRQUICO AO CONSUMIDOR

RECLAMAÇÃO PEDIDO DE INFORMAÇÃO OUTRO

RECLAMANTE	
Nome *	<input type="text"/>
Morada *	<input type="text"/>
Freguesia *	<input type="text"/>
Código postal *	<input type="text"/> - <input type="text"/> Localidade <input type="text"/>
N.º de Identificação Fiscal*	<input type="text"/> Contacto telefónico* <input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

** Campos de preenchimento obrigatório*

RECLAMADO	
Nome *	<input type="text"/>
Morada *	<input type="text"/>
Freguesia *	<input type="text"/>
Código postal *	<input type="text"/> - <input type="text"/> Localidade <input type="text"/>
N.º de Identificação Fiscal	<input type="text"/> Contacto telefónico* <input type="text"/>

** Campos de preenchimento obrigatório*

EXPOSIÇÃO (descrição da situação; datas; identificação; objeto; razões; pedido)	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Lined area for text entry.

Tavira, / /

O/A Consumidor/ Reclamante
