

DESPACHO:

O Presidente

REEMBOLSO MED+ REQUERIMENTO

Ao Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Belmonte

REQUERENTE

Nome *

Nome completo

Cartão Social n.º *

Tipo *

Contribuinte *

Venho por este meio requerer a Vossa Exa. o reembolso relativo à comparticipação nos medicamentos, conforme deliberação da Câmara Municipal de 03/01/2007.

Valor *

euros

Pede deferimento a Vossa Exa.

O Requerente

BELMONTE, ____ / ____ / 20____

INFORMAÇÃO TÉCNICA

Confirmando que o requerente, reúne os requisitos estabelecidos no Regulamento Interno do Cartão Social +, previstos para este tipo de benefícios.

Cartão Social n.º

Tipo

Saldo Anterior

euros

Valor a receber

Conforme facturação anexa / euros

Saldo a favor do req.

euros

A Técnica

BELMONTE, ____ / ____ / 20____

* campo de preenchimento obrigatório