

Exmo. Senhor
Diretor do Instituto de Higiene e
Medicina Tropical

Requerimento para devolução de verba

Nome completo:

E-mail:

Telemóvel:

Morada:

Código Postal: - Localidade:

Nº Contribuinte: Se não tiver nº de contribuinte coloque um zero

Tipo de identificação nº válido até

Vem por este meio requerer a V. Ex^a que lhe seja devolvido o valor de
correspondente a

relativamente à **Fatura/Recibo nº** de no valor de
€ ().

Neste sentido solícito a V. Ex^a a transferência para os dados bancários abaixo indicados:

Nome do Banco:

IBAN:

Caso não seja titular da conta, por favor preencha os campos abaixo com os dados do titular:

Nome

Nº de Contribuinte:

Morada:

Cód. Postal: - Localidade:

Assinatura

Lisboa,

DGFP

DA

Carimbo:

Recebido e Conferido

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____