

Exmo. Senhor Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

## Requerimento para devolução de verba

Nome completo:			
Tipo de identificação		n°	válido até
Nº Contribuinte:		Se não tiver nº de contribuinte coloque um zero	
como	do curso		
E-mail:		Telemóvel:	
Morada:			
Código Postal:	- Localid	lade:	
Vem por este me	io requerer a V. E	Ex <sup>a</sup> que lhe seja devolvio	do o valor de
Fatura nº	e Ro	ecibo nº	
Nest	e sentido solicito a V. Ex	xª a transferência para os dados	bancários abaixo indicados:
Nome do Banco:			
Nome do titular da conta	:		
Morada do titular da con	ta:		
Código-Postal:	Localidade:		
N° de contribuinte do titu	ılar da conta:		
IBAN:			
Atenção: As devoluçõe	s são possíveis apenas	para IBAN de bancos portuguese	es.
			Assinatura

Lisboa,