CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE DADOS PARA COBRANÇA DE CONTRIBUIÇÕES E ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CPAS _____

NOME COMPLETO _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____ COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TELEFONE _____ FAX_____

E-MAIL _____ TELEMÓVEL _____

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BI N.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__| EMITIDO PELOS SIC DE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

EM |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| OU

CARTÃO DE CIDADÃO N.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__| - |__| - |__|__|__| VÁLIDO ATÉ |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| OU

PASSAPORTE N.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__| EMITIDO EM |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| VÁLIDO ATÉ |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Autorizo a alteração dos dados acima mencionados.

_____, _____ de _____ de _____

O/A Beneficiário/a

_____

(Assinatura igual à do Bilhete de Identidade)

MOD. 11 - CPAS

Largo de S.Domingos, 14- 2.º
1169-060 LISBOA . PORTUGAL
NIPC 500 745 439

Telef. 218 813 400 Fax 218 813 499/495
cpas@cpas.org.pt | www.cpas.org.pt