

GAM – GABINETE DE APOIO AO MUNÍCIPE

Tipo	Origem
<input type="checkbox"/> Reclamação	<input type="checkbox"/> Pessoal
<input type="checkbox"/> Informação	<input type="checkbox"/> Carta/Fax/E-mail
<input type="checkbox"/> Sugestão/Alerta	<input type="checkbox"/> Telefone
<input type="checkbox"/> Requerimento	<input type="checkbox"/> Linha Verde

Munícipe
Nome _____
Identificação _____, NIF _____, Telefone/Telemóvel _____ / _____
Residência/Sede _____
Código Postal _____ - _____
Endereço Electrónico _____

Assunto:

Espaço para os munícipes:

V.S.F.F.

