

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 n° válido até

Vem por este meio requerer a V. Ex<sup>a</sup> que lhe seja devolvido o valor de  
correspondente a

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

Neste sentido solícito a V. Ex<sup>a</sup> 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:

Lisboa,

Assinatura

**DGFP**

**DA**

Carimbo:

Recebido e Conferido

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_