

Serviço

INFORMAÇÃO/ COMUNICAÇÃO

Identificação do Cliente:

NISS:

NIF:

Nome:

Dados de Contacto do Cliente (a preencher pelo menos um):

Telefone:

Telemóvel:

Endereço Eletrónico:

Assunto:

<input type="checkbox"/> Identificação e Qualificação	<input type="checkbox"/> Parentalidade	<input type="checkbox"/> Proteção Jurídica
<input type="checkbox"/> Gestão de Contribuições	<input type="checkbox"/> Desemprego	<input type="checkbox"/> CSI/Pensão Social (Regime não contributivo)
<input type="checkbox"/> RSI	<input type="checkbox"/> Doença/Prestações Diferidas	<input type="checkbox"/> Notas de Reposição/Revalidações
<input type="checkbox"/> Gestão de Remunerações	<input type="checkbox"/> Prestações Familiares	<input type="checkbox"/> Inst. Internacionais
<input type="checkbox"/> Pensões e Complementos (Regime Contributivo)		

Identificação do Pedido/ Reclamação:

Data: __/__/__

O/E Funcionário