

Registo de clientes com necessidades especiais

Este registo é voluntário e da exclusiva responsabilidade dos clientes. Caso a limitação seja temporária, o registo tem a validade de 1 ano. Se a situação se mantiver, o registo deverá ser renovado pelo cliente ao fim desse período. Deve entregar este documento corretamente preenchido e assinado conforme o Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, juntamente com uma declaração médica (pode utilizar o exemplo no final deste formulário), através do e-mail apoiocliente@dourogas.pt ou por correio para a morada Rua 31 de Agosto, nº 12, 5000-305 Vila Real.

Dados de identificação do titular

Nome:

Morada:

Código Postal: - Localidade:

Telemóvel:

C.U.I. PT

Dados para Contacto – se pretender mencione o contacto de duas pessoas

Nome da 1ª Pessoa de contacto:

Telefone: Telemóvel:

Fax: Email:

Nome da 2ª Pessoa de contacto:

Telefone: Telemóvel:

Fax: Email:

Meio preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento

Telefone
 Telemóvel
 Email
 Fax
 Outro

Indique o tipo de limitação

Gás Natural

- 1. Visão (Cegueira total ou Hipovisão)
- 2. Audição (Surdez total ou Hipoacusia)
- 3. Comunicação Oral
- 4. Olfativas – Impossibilidade de deteção da presença de gás natural (titular ou membro do agregado familiar)

A limitação indicada é:

- Temporária
- Permanente

Outras informações

Os dados constantes neste formulário e nos documentos entregues para aprovação da situação invocada são recolhidos e tratados pela Dourogás para efeitos de registo como cliente com necessidades especiais, adopção de medidas adequadas a essas necessidades e comunicação ao operador de rede de distribuição, conforme disposto no Regulamento da Qualidade de Serviço Comercial do Setor Elétrico e do Gás Natural. O tratamento dos dados pessoais é efetuado nos termos descritos nas condições gerais do contrato de fornecimento de Gás Natural.

Ao assinar este formulário estou a autorizar a Dourogás a tratar os meus dados pessoais para as finalidades nele descritas.

- -

AAAA-MM-DD

Assinatura do cliente

Declaração médica

É favor preencher a declaração médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o cliente.

Eu,

médico, portador da cédula profissional nº , emitida em - -

pela atesta que o(a) Sr(a)

residente em freguesia de

concelho de nascido a - -

em

portador do BI/CC válido até - -

e do Número de Identificação Fiscal é portador de incapacidade

e/ou necessita, para sua sobrevivência, de meios auxiliares de apoio à vida,

refletido no equipamento de suporte

o qual é alimentado por energia elétrica.

Por ser verdade assino a presente declaração

- -

AAAA-MM-DD

Assinatura do
Médico + Vinheta