

PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

VISTO

____/____/____
O PRESIDENTE DA CÂMARA,

NOME: ^(a) _____

LOCAL DO ESTABELECIMENTO: _____

NATUREZA DO ESTABELECIMENTO: _____

ABERTURA ÀS _____ HORAS ENCERRAMENTO ÀS _____ HORAS

PERÍODO DE ALMOÇO DAS _____ ÀS _____ HORAS

ENCERRAMENTO SEMANAL _____

(b) _____

Ponte de Sor,

O PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO,

(c)

^(a) Nome da entidade proprietária.

^(b) Quando estabelecimento adapte regime especial de funcionamento, fazer nesta linha a indicação respectiva.

^(c) A assinatura do proprietário deverá ser autenticada com carimbo comercial

* Mapa de funcionamento previsto no artº. 5º. Nº.1 do Decreto-Lei n.º 48/96 de 15/05