

REGISTO DE CLIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Identificação:

Nome:

Número de Contrato:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Dados para Contacto:

Mencione, se pretender, o contacto de 2 pessoas

1ª Pessoa para contacto

Telefone Telemóvel Fax Email

2ª Pessoa para contacto

Telefone Telemóvel Fax Email

Meio preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento de energia eléctrica

Telefone Outro

Tipo de Incapacidade:

Cadeira de rodas Ventiladores

Equipamento de Diálise Outros

Tempo de autonomia do equipamento _____ horas

São Clientes com Necessidades Especiais.

- a) Clientes com limitações no domínio da visão - cegueira total ou hipovisão;
- b) Clientes com limitações no domínio da audição - surdez total ou hipoacusia;
- c) Clientes com limitações no domínio da comunicação oral;
- d) Clientes para os quais a sobrevivência ou a mobilidade dependam de equipamentos cujo funcionamento é assegurado pela rede eléctrica;
- e) Clientes que coabitem com pessoas nas condições da alínea anterior.

Data _____

Assinatura _____