

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE COBRANÇA DE TAXA DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE – RSS

Eu, _____,
CPF N.º _____, Proprietário, Inquilino ou Síndico do
imóvel matrícula DAAE N.º _____, venho por meio desta declarar
que estou ciente e de acordo com a cobrança da taxa de Resíduos de Serviço de
Saúde – RSS, na conta de água da matrícula acima informada, referente à atividade
geradora denominada _____,
devidamente instalada na sala / unidade / loja / consultório / estúdio _____.

Telefone (____) _____

Celular (____) _____

e-mail: _____

Assinatura do responsável da conta de água informada para cobrança

Ao mesmo tempo, Eu _____,
CPF N.º _____, responsável pela atividade geradora
denominada _____,
devidamente instalada na sala / unidade / loja / consultório / estúdio _____,
do imóvel matrícula DAAE N.º _____, declaro estar ciente e serem
verdadeiras as informações por mim prestadas na ficha de cadastramento e nesta
declaração, e ainda, estar de acordo com as condições de cobrança da taxa de RSS e
seu respectivo pagamento na matrícula DAAE informada.

Assinatura do responsável pela atividade geradora de RSS