

Vergleichsbehörde

Ort, Datum	
Ansprechpartner(in)	
Telefon (mit Vorwahl)	Telefax (mit Vorwahl)
E-Mail	
Nr./JAZ Bitte bei Rückfragen angeben!	

Kostenerhebung zur Durchführung eines Sühneversuchs

Sehr geehrte(r)

Sie haben mit Datum vom

einen Antrag auf Durchführung eines Sühneversuchs gegen

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname
wohnhaft in (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		

gestellt.

Die Kosten hierfür werden auf EUR festgesetzt.

Bitte beachten Sie, dass erst nach Bezahlung dieser Kosten in voller Höhe ein Sühnetermin bestimmt wird.

Die Bezahlung des gesamten Betrages hat **innen zwei Wochen** auf folgende Bankverbindung zu erfolgen:

Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	BIC

Erfolgt dies nicht innerhalb dieser Frist, wird Ihr Antrag auf Durchführung eines Sühneversuchs als erledigt angesehen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift