

Aufforderung zur Vervollständigung und/oder Berichtigung eines Antrags auf Erlass eines Europäischen Zahlungsbefehls

Formblatt B

Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 1896/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einführung eines Europäischen Mahnverfahrens



1. Gericht			Aktenzeichen <input type="text"/>	
Gericht			Ort	Datum
Anschrift			Unterschrift und gegebenenfalls Stempel	
PLZ	Ort	Land		

2. Parteien und ihre Vertreter				
Codes: 01 Antragsteller 03 Vertreter des Antragstellers * 05 Gesetzlicher Vertreter des Antragstellers ** 02 Antragsgegner 04 Vertreter des Antragsgegners * 06 Gesetzlicher Vertreter des Antragsgegners ** * z.B. Rechtsanwalt von ** z.B. Elternteil von, Vormund von, Geschäftsführer *** fakultativ				
Code	Name / Name der Firma oder Organisation		Vorname	(ggf) Identifikationsnummer
	Anschrift	PLZ	Ort	Land
	E-Mail ***	Telefon ***		Fax ***
	Beruf ***	Sonstigen Angaben ***		
Code	Name / Name der Firma oder Organisation		Vorname	(ggf) Identifikationsnummer
	Anschrift	PLZ	Ort	Land
	E-Mail ***	Telefon ***		Fax ***
	Beruf ***	Sonstigen Angaben ***		
Code	Name / Name der Firma oder Organisation		Vorname	(ggf) Identifikationsnummer
	Anschrift	PLZ	Ort	Land
	E-Mail ***	Telefon ***		Fax ***
	Beruf ***	Sonstigen Angaben ***		
Code	Name / Name der Firma oder Organisation		Vorname	(ggf) Identifikationsnummer
	Anschrift	PLZ	Ort	Land
	E-Mail ***	Telefon ***		Fax ***
	Beruf ***	Sonstigen Angaben ***		

Eingearbeitete Berichtigungsvorschläge

Nachdem Ihr Antrag auf Erlass eines Europäischen Zahlungsbefehls geprüft worden ist, werden Sie gebeten, den beiliegenden Antrag in Bezug auf die nachstehenden Angaben so schnell wie möglich und spätestens bis zum ____/____/____ zu vervollständigen und/oder zu berichtigen.

Ihr ursprünglicher Antrag ist in der Sprache oder in einer der Sprachen des befassten Gerichts zu vervollständigen und/oder zu berichtigen.

Bei Nichteinhaltung der vorgenannten Frist für die Vervollständigung und/oder Berichtigung wird der Antrag vom Gericht nach Maßgabe der Verordnung zurückgewiesen.

Ihr Antrag wurde nicht in der richtigen Sprache ausgefüllt. Bitte füllen Sie ihn in einer der folgenden Sprachen aus:

- | | | | | |
|----------------|----------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| 01 Tschechisch | 06 Französisch | 11 Maltesisch | 16 Slowenisch | 21 Rumänisch |
| 02 Deutsch | 07 Italienisch | 12 Niederländisch | 17 Finnisch | 22 Sonstige (bitte angeben) |
| 03 Estnisch | 08 Lettisch | 13 Polnisch | 18 Schwedisch | |
| 04 Spanisch | 09 Litauisch | 14 Portugiesisch | 19 Englisch | |
| 05 Griechisch | 10 Ungarisch | 15 Slowakisch | 20 Bulgarisch | |

12



Sprachcode	Angabe der Sprache (gilt nur für Code 20)

Ihr Antrag ist in folgenden Punkten zu vervollständigen oder zu berichtigen:

Codes:

- | | | |
|--|-------------------|----------------------------|
| 01 Unterschrift oder Name | 05 Bankverbindung | 09 Kosten |
| 02 Parteien und ihre Vertreter | 06 Hauptforderung | 10 Beweismittel |
| 03 Begründung der gerichtlichen Zuständigkeit | 07 Zinsen | 11 Zusätzliche Erklärungen |
| 04 Grenzüberschreitender Bezug der Rechtssache | 08 Vertragsstrafe | |

13



Code	Erläuterungen
Code	Erläuterungen