

Einspruch gegen einen Europäischen Zahlungsbefehl

Formblatt F

Artikel 16 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 1896/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einführung eines Europäischen Mahnverfahrens



1. Gericht		
Gericht		
Anschrift		
PLZ	Ort	Land

Aktenzeichen (vom Gericht auszufüllen)	
Eingang beim Gericht	

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

Hiermit lege ich Einspruch gegen den am ____/____/____ erlassenen Europäischen Zahlungsbefehl ein.

Ort	Datum	Name, Vorname
		Unterschrift und gegebenenfalls Stempel