

PROCESO EUROPEO DE ESCASA CUANTÍA

FORMULARIO B

SOLICITUD DEL ÓRGANO JURISDICCIONAL DE QUE SE COMPLETE O RECTIFIQUE EL FORMULARIO DE DEMANDA

[Artículo 4, apartado 4, del Reglamento (CE) n° 861/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se establece un proceso europeo de escasa cuantía]

A cumplimentar por el órgano jurisdiccional

Número del asunto:

Recibido por el órgano jurisdiccional el:

/ /

1. *Órgano jurisdiccional*

1.1. Nombre:

1.2. Calle y número/Apartado de correos:

1.3. Ciudad y código postal:

1.4 País:

2. Demandante

2.1. Apellidos y nombre/Razón o denominación social:

2.2. Número de identificación personal o número de pasaporte/número de registro(*):

2.3. Calle y número/Apartado de correos:

2.4. Ciudad y código postal:

2.5. País:

2.6. Teléfono (*):

2.7. Correo electrónico (*):

2.8. Representante del demandante, si lo tiene, e información de contacto (*):

(*) Facultativo.

2.9. Otros datos (*):

3. Demandado

3.1. Apellidos y nombre/Razón o denominación social:

3.2. Número de identificación personal o número de pasaporte/número de registro(*):

3.3. Calle y número/Apartado de correos:

3.4. Ciudad y código postal:

3.5 País:

3.6. Teléfono (*):

3.7. Correo electrónico (*):

3.8. Representante del demandado, si lo tiene, e información de contacto (*):

3.9. Otros datos(*):

El órgano jurisdiccional ha examinado su formulario de demanda y considera que no está cumplimentado de manera pertinente o con suficiente claridad. Complete o rectifique su formulario, en la lengua del órgano jurisdiccional que se indica más abajo, a la mayor brevedad y, a más tardar, el

.

El órgano jurisdiccional desestimará su solicitud, con arreglo a las condiciones establecidas en el Reglamento (CE) n° 861/2007, en caso de que usted no la complete o rectifique en el plazo arriba indicado.

Su formulario de demanda no fue cumplimentado en la lengua correcta. Cúmpliméntelo en una de las siguientes lenguas:

Búlgaro	<input type="checkbox"/>	Checo	<input type="checkbox"/>	Alemán	<input type="checkbox"/>
Estonio	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Griego	<input type="checkbox"/>
Francés	<input type="checkbox"/>	Irlandés	<input type="checkbox"/>	croata	<input type="checkbox"/>
Italiano	<input type="checkbox"/>	Letón	<input type="checkbox"/>	Lituano	<input type="checkbox"/>
Húngaro	<input type="checkbox"/>	Maltés	<input type="checkbox"/>	Neerlandés	<input type="checkbox"/>

(*) Facultativo.

Polaco

Portugués

Rumano

Eslovaco

Esloveno

Finés

Sueco

Inglés

Otras (indíquese):

Debe completar o rectificar los campos del formulario de demanda que se indican a continuación:

Hecho en:

Fecha:

/ /

Firma y/o sello: