Centro de Mediación

Colegio de Abogados y Procuradores de La Pampa

FORMULARIO DE RECEPCION CENTRO DE MEDIACION CAPLP

Procedencia: .....

REQUIRENTE: .....

Apellido y Nombre

Documento: DNI: ..... LC: ..... LE: ..... CI: ..... N°: .....

Domicilio Real: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: .....

Abogado del Requirente: .....

Domicilio Constituido: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: .....

REQUERIDO: .....

Apellido y Nombre

Documento: DNI: ..... LC: ..... LE: ..... CI: ..... N°: .....

Domicilio Real: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: .....

OBJETO DEL RECLAMO: .....

.....

MEDIADORES DESIGNADOS:

1).....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

ACEPTACIÓN DEL CARGO: ..... Fecha y Hora: .....

2).....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

ACEPTACIÓN DEL CARGO: ..... Fecha y Hora: .....