Til

(Kundenavn)

(Kundeadresse)

(Postnummer, poststed)

Sted:

Dato:

**VARSEL FØR FORLIKSRÅDET**

**iht. TVISTELOVEN §5-2**

Klagers navn: (Ditt navn/firmanavn)

Klagemotpartens navn: (Kunden)

Hvis kravet ikke er betalt innen 14 dager fra avsendelse av dette varselet, sendes saken til Forliksrådet for behandling. Dette vil kunne medføre ytterligere kostnader.

Hovedkrav kr

Renter ..... % fra ............. til .................. kr

Sakskostnader kr

Innbetalt kr

**Til sammen kr**

Kravet kan betales til kontonummer:

Med vennlig hilsen,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ditt navn (sign.)