בס״ד

בית הדין האזורי לדיני ממונות
ע״י המועצה הדתית קרית ארבע – חברון
רח׳ יהושע בנון 15/9 ת.ד. 18 קרית ארבע
טל׳ 02-9963643 פקס 02-9961656

כתב תביעה

שם התובע/ת_____ **שם הנתבע/ת**_____
מס׳ ת.ז_____ **הכתובת** _____
כתובת_____ **טלפון**_____
טלפון_____

עיקרי העובדות המשמשות יסוד לתביעה
(נא להקפיד על כתב ברור)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

לפיכך הנני מבקש/ת את כבוד בית הדין:

_____
_____
_____

תאריך_____ **חתימת התובע/ת**_____

לתשומת לב!

א. ברור התביעה בפני בית הדין - תלוי בהסכמת הנתבע לכך, האחריות להשגת הסכמה זו, מוטלת רק על התובע/ת.

ב. העתק של כתב תביעה זה ישלח לנתבע עם הזמנתו לבית - הדין.

ג. במידה והתובע/ת או הנתבע/ת אינם תושבי קרית ארבע חברון, עלות הדיונים על ב׳ הצדדים ע״פ החלטת בית הדין.