

CENTRO DE ARBITRAGEM, CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO
FORMULÁRIO DE CUSTAS

Processo n° _____

(Nome da Requerente/Requerido e Endereço)

Fica notificado o Requerente/Requerido (circular um), abaixo identificado para no prazo de 5 dias, contado a partir da data abaixo indicada, proceder ao pagamento da quantia de _____ (por extenso: _____),
Correspondente às custas de arbitragem abaixo assinaladas, referentes ao processo de arbitragem acima indicado.

Para quaisquer informações, contactar o Secretário do Processo, pelo endereço abaixo indicado.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Encargos administrativos | <input type="checkbox"/> Despesas c/ a produção de prova |
| <input type="checkbox"/> Honorários dos árbitros | <input type="checkbox"/> Despesas extraordinárias |
| <input type="checkbox"/> Despesas dos árbitros | |

Maputo, _____, de _____, de _____

O Secretário do Processo

Nome (por extenso):

DADOS DA CONTA BANCÁRIA