

**FORMULARIO PARA LA SATISFACCION DE LA DEMANDA
STATE OF FLORIDA, DEPARTMENT OF HIGHWAY SAFETY AND MOTOR VEHICLES
DIVISION OF MOTORIST SERVICES**

DATOS PERSONALES DEL CONDUCTOR SUSPENDIDO (DEMANDADO/DEUDOR) Letra de Molde:

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Sufijo	Número de Caso FR
Fecha de Nacimiento	Número de Licencia de Conducir	Número de Seguro Social	Fecha del Choque	
Condado	Fecha de la Demanda (Judgment)	Cantidad	Número de Caso de la Corte	

COMPLETAR LA SATISFACCION O LIQUIDACION:

Nombre de Oficina de Abogado	Dirección de Oficina de Abogado
Número de Teléfono	Correo Electrónico (Email)

AL FIRMAR ESTE FORMA, RECONOZCO EL PAGO COMPLETO Y LA SATISFACCION DE LA DEMANDA ARRIBA MENCIONADA DICTADA POR EL TRIBUNAL MENCIONADO ARRIBA. **NOTA: USE UNA FORMA POR CADA DEMANDADO.**

Firma del Abogado	Fecha
Nombre del Abogado	Nombre del Demandante
Fecha de Satisfacción	

NOTARIO:

Estado de:

Condado de:

El documento precedente fue reconocido ante mí en este _____ día de _____, 20____ por _____,

Quién es conocido personalmente por mí o quién produjo un/una _____ como identificación y quién prestó (o no prestó) juramento.

Nombre del Notario _____

Pegar Sello Aquí

Firma del Notario Público _____

NOTA: ESTA FORMA DEBE SER ENVIADA POR CORREO O POR FAX DIRECTAMENTE DESDE LA OFICINA DEL ABOGADO. SI LA FORMA SE ENTREGA AL DEMANDADO, ENTONCES SE REQUIERE QUE ESTA SEA NOTARIADA.