

Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania

Miejscowość	Data
-------------	------

**Okręgowa Rada Adwokacka
w Koszalinie
ul. Piłsudskiego 56
75-525 Koszalin**

ZGŁOSZENIE ROZPOCZĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU W KANCELARII INDYWIDUALNEJ

Data rozpoczęcia wykonywania zawodu w kancelarii adwokackiej:

										*
dzień		miesiąc		rok						

Nazwa:

NIP:

REGON:

Adres:

ulica, kod, miejscowość

Telefon:

E-mail:

Filia Kancelarii Adwokackiej:

Data rozpoczęcia wykonywania zawodu w filii kancelarii adw.:

dzień		miesiąc		rok					

Adres filii:

ulica, kod, miejscowość

Telefon:

E-mail:

Adres do korespondencji:

Adres:

ulica, kod, miejscowość

*** Jednocześnie oświadczam, iż od dnia rozpoczęcia wykonywania zawodu nie będę pozostawał/a w stosunku pracy.**

Własnoręczny podpis adwokata
