

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Miejscowość

Data

**Okręgowa Rada Adwokacka
w Łodzi
Ul. Wólczańska 199
90-531 Łódź**

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 adv.:

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