

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Miejscowość

Data

**Okręgowa Rada Adwokacka  
w Olsztynie  
ul. Linki 3/4  
10-534 Olsztyn**

**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