

Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania

Miejscowość	Data
-------------	------

**Okręgowa Rada Adwokacka
w Opolu
ul. gen. Józefa Dwernickiego 1/1
45-049 Opole**

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