

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Miejscowość

Data

**Okręgowa Rada Adwokacka  
w Wałbrzychu  
ul. Rynek 5  
58-300 Wałbrzych**

### 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