Okręgowa Rada Adwokacka

ul. Batorego 17

31–135 Kraków

………………………………………………………….

Imię i nazwisko Adwokata

………………………………………………………….

Dokładny adres kancelarii

………………………………………………………….

Dane teleadresowe

**D E K L A R A C J A**

Oświadczam, że *wyrażam zgodę* / *nie wyrażam zgody*\* na pełnienie funkcji pełnomocnika z urzędu.

 ……………………………

 (podpis Adwokata)

Kraków, dnia…………………

***\*Niepotrzebne skreślić***