

RECHTSANWALT MATTHIAS ZROST

Industriestraße 7, 04229 Leipzig

Tel.: (03 41) 47 94 23 5

Fax.: (03 41) 47 83 96 23

Zur einfachen Bearbeitung bitten wir Sie, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind geschützt durch die anwaltliche Pflicht zur Verschwiegenheit.

	Ihr Angaben	Partner / Partnerin
Name (und Titel):		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Familienstand:		
Straße und Nummer:		
Postleitzahl und Ort:		
Telefon:		
Telefax:		
Telefon geschäftlich/dienstlich:		
Mobiltelefon:		
E-Mail Adresse:		
Beruf / Selbstständigkeit:		

Bankverbindung:

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Rechtsschutzversicherung:

Ja / Nein

bei: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Ja / Nein

Dem Rechtsanwalt wird gestattet, zur ordnungsgemäßen Wahrnehmung des Mandats personenbezogene Daten per Computer zu speichern. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die anwaltliche Geheimhaltungs- und Schweigepflicht bleibt uneingeschränkt gewahrt.

Ort, Datum

Unterschrift