

Mandantenbogen

Bitte ausfüllen

Vorname

Familien/Nachname

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum / Geburtsort

Beruf

Telefon (privat)

Telefon(geschäftlich)

Mobil

Telefax

e-mail / Homepage

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Rechtsschutzversicherung

Versicherungsnummer

Ihre Konto-Nr.

Bankinstitut

Bankleitzahl

Gegner (Name und Anschrift)

War in dieser Angelegenheit bereits ein Anwalt für Sie tätig

JA / NEIN

Ist die Angelegenheit bereits gerichtlich anhängig? Falls ja, Wo und Aktenzeichen

Wie haben Sie von der Kanzlei RA Dr. Michel gehört?

Die anfallenden Kosten aus dem Mandatsverhältnis sollen zur vereinfachten Zahlungsabwicklung von der Kanzlei Dr. Michel bis auf weiteres per **Lastschrift** von meinem o.g. Konto eingezogen werden

JA / NEIN

<p>Ich habe von den beigefügten Mandatsbedingungen Kenntnis genommen und bin mit diesen einverstanden</p>
--

Datum

Unterschrift