

Szczecin, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

**Szczecińska Izba Adwokacka  
Plac Stefana Batorego 3  
70-207 Szczecin**

**W n i o s e k  
o potwierdzenie uprawnień zawodowego pełnomocnika**

Adw. \_\_\_\_\_ wpisany na listę adwokatów

Szczecińskiej Izby Adwokackiej pod numerem \_\_\_\_\_ wnosi o potwierdzenie

uprawnień zawodowego pełnomocnika.

\_\_\_\_\_  
Podpis wnioskodawcy