

WNIOSEK O WPIS NA LISTĘ MEDIATORÓW  
CENTRUM MEDIACJI PRZY  
SZCZECIŃSKIEJ IZBIE ADWOKACKIEJ

Niniejszym wnoszę o wpisanie mnie na listę mediatorów, prowadzoną przez Centrum Mediacji przy Szczecińskiej Izbie Adwokackiej.

IMIĘ:

NAZWISKO:

.....

.....

ADRES KANCELARII:

Ulica:

.....

Miejscowość:

Kod pocztowy:

.....

.....

TELEFON:

ADRES E-MAIL:

.....

.....

NUMER WPISU NA LISTĘ ADWOKATÓW:

NIP:

.....

.....

SPECJALIZACJA (obszary aktywności):

- CYWILNA

tak/nie

- RODZINNA

tak/nie

- GOSPODARCZA

tak/nie

- KARNA

tak/nie

- DYSCYPLINARNA

tak/nie

- INNE:

.....

**UKOŃCZONE SZKOLENIE NA MEDIATORA/ STUDIA PODYPLOMOWE**

*(do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające ukończenie kursu lub studiów z zakresu mediacji – obowiązek dołączenia dokumentu nie dotyczy ukończenia kursu przeprowadzonego przez Centrum Mediacji przy Naczelnej Radzie Adwokackiej):*

.....

.....

**DOKONANY WPIS NA LISTĘ STAŁYCH MEDIATORÓW SĄDOWYCH ( WSKAZAĆ SĄD):**

.....

**DOKONANE WPISY NA LISTĘ MEDIATORÓW W INNYCH ORGANIZACJACH:**

.....

**Wnoszę o umieszczenie mnie na liście mediatorów w celu:**

1/ prowadzenia mediacji umownych zleconych Centrum Mediacji przy Szczecińskiej Izbie Adwokackiej tak/nie

2/ prowadzenia mediacji sądowych zleczanych przez Sąd lub inny uprawniony organ

*(w tym celu Centrum Mediacji przy SIA przekazuje listę mediatorów wraz z podanymi przez nich danymi kontaktowymi do prezesa Sądu Okręgowego w Szczecinie)*

tak/nie

3/ otrzymywania bieżących informacji o działaniach Centrum, w tym organizowanych szkoleniach i konferencjach, jak i działaniach innych podmiotów, w tym Centrum Mediacji przy Naczelnej Radzie Adwokackiej w Warszawie dotyczących mediacji

tak/nie

**Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z regulaminem Komisji Centrum Mediacji przy Szczecińskiej Izbie Adwokackiej mediator wpisany na listę Centrum ma obowiązek corocznego doksztacania z zakresu mediacji w wymiarze 4 godzin.**

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....  
Data i podpis

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja ..... wyrażam zgodę na udostępnienie mojego zdjęcia i danych osobowych w postaci numeru telefonu, adresu e-mail i adresu kancelarii na stronach Szczecińskiej Izby Adwokackiej w związku z pełnieniem funkcji mediatora i jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest Szczecińska Izba Adwokacka z siedzibą w Szczecinie (70-207), przy placu Batorego 3.

Zostałem/am poinformowana także o prawie do sprawdzania i żądania poprawienia moich danych w przypadku, gdy dane te są niepoprawne.

.....  
Data i podpis