Gdańsk dn. ………………

………………………….
 GRUPA / Rok szkoleniowy

………………………….
 Imię i nazwisko

………………………….
 Adres pobytu
( korespondencyjny )

………………………….
 Numer telefony komórkowego

………………………….
Adres mailowy

**Centrum Szkoleniowe**

**Pomorska Izba Adwokacka**

**ul. Szymanowskiego 2 lok. 3.15**

**80-280 Gdańsk**

**Wniosek**

Proszę o rozłożenie opłaty za aplikację adwokacką 202… na raty.

Uzasadnienie

………………………………………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………..…………………

Wyznaczone przez PIA w Gdańsku raty zobowiązuję się opłacać terminowo.

…………………………….
Czytelny podpis