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