دفتر وکیل کانون وکلاء
هیئت نظارت بر مسئولیت حرفه ای
دادگاه استیناف واشنگتن

515 5th Street, NW
Building A, Room 117
Washington, D.C. 20001
(202) 638-1501 Fax (202) 638-0862

(لطفاً با خط خوانا بنویسید)

A. نام شما: (دکتر) (آقا) (دوشیزه) (خانم) تاریخ:

(نام کوچک) (نام وسط) (نام خانوادگی)

آدرس:----------

(خیابان) (شمارهٔ آپارتمان)

(شهر) (ایالت) (کد پستی)

شمارهٔ تلفن محل کار:----------تلفن منزل:----------تلفن دستی:----------

B. وکیل مورد شکایت:

نام: ----------

(نام کوچک) (نام وسط) (نام خانوادگی)

آدرس:----------

(خیابان) (شمارهٔ آپارتمان)

(شهر) (ایالت) (کد پستی)

شمارهٔ تلفن: ---------- شمارهٔ پروانهٔ وکالت وکیل(درصورتیکه میدانید)----------

C.آیا در جای دیگری هم این شکایت را مطرح کرده اید؟ اگر پاسخ مثبت است، لطفاً شرح دهید.----------

_____

_____

D. آیا قرارداد مکتوب استخدام (حق الوکاله) با این وکیل دارید؟ اگر پاسخ مثبت است، لطفاً یک کپی آنرا ضمیمه کنید.

E. چنانکه صدق میکند، نام دادگاهی که شکایت اصلی در آنجا به ثبت رسیده به انضمام نام و شمارهٔ پرونده را بنویسید

F. آیا مدارک دیگری در این رابطه دارید؟ اگر پاسخ مثبت است، شرح داده و کپی آنها را ضمیمه کنید

برای قرائت جزئیات الزام آورو امضاء به پشت صفحه نگاه کنید

G. جزئیات شکایت:

در اینجا امضاء کنندۀ زیر به دفتر وکیل کانون وکلاء گواهی میدهد که تا آنجائیکه میداند شرح شکایت مذکور صحیح و مطابق حقیقت میباشد.

امضاء