

Fragebogen

	Mandant	Verfahrensgegner
Name, Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße / HsNr		
PLZ, Ort		
Staatsangehörigkeit		
Telefon		
Telefax		
Mobiltelefon		
E-Mail		

Verfügen Sie über eine Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gesellschaft Versicherungsnummer Versicherungsnehmer
---	--	--

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an	Kreditinstitut IBAN BIC
---	---------------------------------------

Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
--	--

Wann sind Termine für Sie am günstigsten?	<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag <input type="checkbox"/> Abends	Anmerkungen
--	--	-------------

Bitte schildern Sie kurz was wir für Sie tun können:

.....
Datum

.....
Unterschrift

Wie wurden Sie auf unsere Kanzlei aufmerksam? (Angaben freiwillig)	<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Telefonbuch / Branchenbuch <input type="checkbox"/> Zufall
--	---	--