



دفتر مشاوره های انضباطی
هیئت مدیره در مسئولیت حرفه ای
ناحیه کلمبیا دادگاه تجدید نظر

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) (شماره آپارتمان)

_____ (شهر) (ایالت) (کد پستی)

شماره تلفن محل کار: _____ -تلفن منزل: _____ -تلفن دستی: _____

B. وکیل مورد شکایت: _____

نام: _____
(نام کوچک) (نام وسط) (نام خانوادگی)

آدرس: _____
(خیابان) (شماره آپارتمان)

_____ (شهر) (ایالت) (کد پستی)

شماره تلفن: _____ شماره پروانه وکالت وکیل (در صورتیکه 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 شماره 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 کننده زیر به دفتر وکیل کانون وکلاء گواهی میدهد که تا آنجائیکه میداند شرح شکایت مذکور صحیح و مطابق حقیقت میباشد.

امضاء