附件1

“民营小微企业法律保险”律师服务团申报名单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 律师事务所基本信息 | | | | | | | | | |
| 律师事务所  名称 |  | | | 成立时间 | | | |  | |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 律所基本情况介绍（成立时间、地点、业务范围等300字以内） |  | | | | | | | | |
| 律师事务所执业许可证 | 附清晰的复印件，加盖所章，原件备查 | | | | | | | | |
| 机构负责人（主要联系人）信息 | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | 职 务 | |  | | |
| 办公电话 |  | | | | 手 机 | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 推荐执业律师信息（附执业证复印件加盖所章，根据实际申报人数填写） | | | | | | | | | |
| **姓名1** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |
| **姓名2** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |
| **姓名3** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |
| **姓名4** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |
| **姓名5** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |
| **姓名6** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |
| **姓名7** |  | 性别 |  | | | 年龄 | | |  |
| 学历 |  | 执业时间 |  | | | 联系电话 | | |  |

备注：所有推荐执业律师须填报附件3《克拉玛依市法律援助办案律师申报名单