

Membre passif FSA

Le/la soussigné(e) est membre d'honneur, membre libre ou membre passif de l'Ordre des Avocats de _____.

(Souligner ce qui convient, compléter.)

Il/elle déclare vouloir être admis comme membre passif de la Fédération Suisse des Avocats conformément à l'art. 4 des statuts.

Titre:

Prénom:

Nom:

Année de brevet:

Adresse (Rue, no,

case postale, lieu):

Téléphone:

Télécopieur:

E-mail:

Date:

Signature:

Prière de retourner à la:

Fédération Suisse des Avocats, Marktgasse 4, Case postale, 3001 Bern, Fax 031 313 06 16