

**Ellen Lindinger-Hammerla**

**Kzl. Dr. Hammerla Lindinger & Coll.**

**Bgm.-Stöckle-Str. 6 a, 86825 Bad Wörishofen**

Telefon: 08247-90253 Telefax: 08247-90254

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Ellen Lindinger-Hammerla!**

Schreiben Sie hier alle wichtigen Daten für Ihren Termin vor Ort zur Vorbereitung auf.

Ihre Adressierung:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Termin vereinbart am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Sind Sie rechtsschutzversichert?**    Ja / Nein

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Ihre Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

---

**Darstellung Ihres Problems:**

---

---

---

---

---

---

**Sonstige Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---