

**Dr. Gert Peters**

**Dr. Peters**

Teichgartenstr. 6, 26316 Varel

Telefon: 04451/9519990 Telefax: 04451/9519999

E-Mail: [info@rechtsanwalt-drpeters.de](mailto:info@rechtsanwalt-drpeters.de)

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Gert Peters!**

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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---