附件：

律师互助基金申报表

 郑州市 律师协会/直管县工作委员会 联系人及联系方式：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请救助律师姓名 |  | 执业证号 |  |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 执业年限 |  |
| 律师本人（或去世家属）账户：（注明姓名、开户行、卡号）  |
| 困难情况说明（可附页）： （盖章）  年 月 日  |

|  |  |
| --- | --- |
| 律师事务所审核意见 |   （盖章） 年 月 日 |
| 所属律师协会审核意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 省律师协会审核意见 |  （盖章） 年 月 日 |