

z.d.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / uhö

## Fragebogen für Mandanten

Zur einfachen Bearbeitung des Mandats bitten wir Sie, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind durch die anwaltliche Schweigepflicht geschützt.

|                 |       |                 |       |
|-----------------|-------|-----------------|-------|
| Firma           | _____ | Rechtsform      | _____ |
| HR-Nummer       | _____ | Registergericht | _____ |
| Straße und Nr.: | _____ | PLZ, Ort:       | _____ |

### Vertretungsberechtigter:

|                   |       |                      |       |
|-------------------|-------|----------------------|-------|
| Position:         | _____ |                      |       |
| Name, ggf. Titel: | _____ | Vorname:             | _____ |
| ggf. Firma        | _____ | ggf. Rechtsform      | _____ |
| ggf. HR-Nummer:   | _____ | ggf. Registergericht | _____ |

### Ansprechpartner:

|                   |       |          |       |
|-------------------|-------|----------|-------|
| Position:         | _____ |          |       |
| Name, ggf. Titel: | _____ | Vorname: | _____ |
| Telefon:          | _____ | Telefax: | _____ |
| Durchwahl         | _____ |          |       |
| E-Mail:           | _____ |          |       |

**Ich erkläre mich durch die Angabe der E-Mail-Adresse ausdrücklich einverstanden, dass die Kommunikation zur Abwicklung des Mandatsverhältnisses über E-Mail erfolgen kann / darf.**

**Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigt?**  nein  ja, bei

**Bankverbindung** (ggf. für Erstattungen bei Zahlungseingängen)

|               |       |      |       |
|---------------|-------|------|-------|
| Bankname:     | _____ | BLZ: | _____ |
| Konto-Nummer: | _____ |      |       |

Bitte ausgefüllt und unterschrieben faxen an **06 61 90 16 70 71**  
oder postalisch an  
**Kanzlei Dr. Höpfner, Kronhofstraße 43, 36037 Fulda**

## Fragebogen für Mandanten

Zur einfachen Bearbeitung des Mandats bitten wir Sie, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind durch die anwaltliche Schweigepflicht geschützt.

### Rechtenschutzversicherung

nein  ja, bei

Versicherer:

Versicherungs-  
nehmer:

Versicherungs-  
nummer:

### Hinweis gemäß § 33 BDSG: Daten werden elektronisch gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre mich weiterhin einverstanden, dass unsere E-Mail-Adresse für über die Mandatsabwicklung hinausgehende Mandanteninformation genutzt und gespeichert wird. Dieser Nutzung können wir jederzeit widersprechen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anwaltliche Prüfung**

Kollisionsprüfung am: 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Gegner: \_\_\_\_\_

Gegenanwalt: \_\_\_\_\_

|                 |                         |                             |                               |
|-----------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <u>Prüfung:</u> | Vollmacht?              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|                 | Vertretungsberechtigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|                 | ggf. HR-Auszug          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|                 | Vergütungsvereinbarung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Fristen: laufende Fristen: \_\_\_\_\_

Verjährungsfristen: \_\_\_\_\_

Ausschlussfristen: \_\_\_\_\_

Termine: \_\_\_\_\_

**Verfügung**

Akte anlegen  erledigt am:

Fristen notieren  erledigt am:

Termin notieren  erledigt am: