附件2

律师职业险律师事务所填写表格

\_\_\_\_\_\_律师事务所职业险投保确认清单③

（由律师事务所填写）

|  |
| --- |
| **律师事务所所在地市 律师事务所名称（盖章）** **纳税人识别码或社会统一信用代码证号** **律师事务所地址** **联系人 联系电话 填表日期： 年 月 日** |

本律师事务所声明：已充分理解投保险种对应的保险条款（包括责任免除部分和特别约定部分），同意以此确认作为参加山东省律师协会律师职业责任保险统保的依据。