HUDSON COUNTY BAR ASSOCIATION

Lawyer Referral Request
583 Newark Avenue,
Jersey City, New Jersey 07306
Phone: (201) 798- 2727 Fax: (201) 798-1740
E-mail: hcba.law@verizon.net
website: www.hcbalaw.com

Nombre:_____ Telefono:_____ Facsímile:_____

Direccion:_____ Email: _____

_____ Forma de Pago : □ Giro Postal □ Tarjeta de Credito
(We Accept VISA, Master Card & Discover)

Tarjeta de Credito #. _____ Exp.:_____

Tipo de Caso: _____

Esta carte sirve de confirmacion que usted a pedido un referido de abogados de la Associacion de el Condado de Hudson. La Assocician le da (3) tres nombres de abogados lo cual usted es responsible comunicarse con los abogado's para un consulta de media hora para discutir su caso particular. En recomendando este referido, nosotros no somos responsible en la cualificacion de los abogado. Debes de comunicarse con la oficina de el abogoda/abogado para cualquier informacion biografica. Entiendes y aceptas que no puedes aclamar a ninguenos de los representates, oficiales o agentes de esta Associacion por caso de este referido.

Usted intende y acepta que esta obligado a pagar un cargo de $25.00 sin-devulto a el "SERVICIO", lo cual a usted le daremos la informacicion de tres (3) abogado que participen y que tenga experiencia en el area de caso que usted requierer. El "SERVICIO" no puede asegura que los abogada/abogado vallen a tomar su caso. Usted deber de llamar a la abogado para hacer una una entrevista. Usted recibira una consulta de media hora, sobre su caso con el abogado sin nungen cargo adicional. Cualquier cargos adicionales que haygan de servicios legales seran discutido y areglado con el abogado durante la entrevista. La Associacion no toma ninguena responsablidad con respecto a los cobros de los abogado.

FIRMA_____ FECHA_____

(OFFICE USE ONLY)

Attorney #1

Attorney Name _____Telephone:_____

Attorney Address _____

_____

Attorney #2

Attorney Name _____Telephone:_____

Attorney Address _____

_____

Attorney #3

Attorney Name _____Telephone:_____

Attorney Address _____

_____