



Bestellformular für GS-Dolmetscherin

KUNDE

Vor- und Nachname

Tel. für SMS / FAX

Anschrift

E-Mail

EINSATZ

Datum

Beginn

Ende

Ort

Treffpunkt

ANLASS

Arzt

Schule

Amt

Arbeitsplatz

Versicherung

Gericht

Anzahl anwesende Personen:

Anderes:

Was?

hörend

gehörlos

DOLMETSCHERIN

Wenn möglich bitte diese Dolmetscherin

Bemerkung

EINVERSTÄNDNIS DES KUNDEN

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Dolmetscherin die Regeln des Ehrenkodexes ihres Berufes (Berufsgeheimnis, Neutralität, inhaltsgetreue Übersetzung) einhält. Die Dolmetscherin handelt in eigener Verantwortung.

Ort, Datum

Unterschrift

Für die Bestellung einfach rechts auf SENDEN klicken.

(ACHTUNG: Funktioniert leider nicht direkt im Browser – bitte einen PDF-Reader verwenden.)

Oder per Telefon: 00423 390 05 15 per Fax: 00423 390 05 20

per E-Mail: judith.meile@lbv.li oder schriftlich an:

Liechtensteiner Behinderten-Verband, Wiesengass 17, 9494 Schaan

SENDEN