



# 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**