

Dolmetschervermittlungsauftrag

Für Einsätze bei vom Gesundheitsreferat (GSR) bezuschussten Einrichtungen

	Auftraggeber*in	Ansprechpartner*in	Anspruchnehmer*in
Name			Anonym
Telefon			Anonym
Fax			Anonym
Handy			Anonym
Email			Anonym

Dolmetsch-Einsatz:

Wochentag:	am	von:	Uhr	bis:	Uhr	Dauer:	Std
------------	----	------	-----	------	-----	--------	-----

Einsatzort:

Einrichtung	
Straße	
PLZ, Ort	
Treffpunkt / Raum Nr.	
Anlass / Thema / Grund	
Weitere Anmerkungen	

Kostenträger für Einsätze bei vom Gesundheitsreferat (GSR) bezuschussten Einrichtungen

Firma / Person / Amt	GMU e.V.
Ansprechpartner*in	Herr Edmund Hollweck
Straße	Lohengrinstr. 11
PLZ, Ort	81925 München

Besetzung	<input type="checkbox"/> Einzelbesetzung	<input type="checkbox"/> Doppelbesetzung (bei 1,5 Std und länger)		
Sprachform	<input type="checkbox"/> DGS	<input type="checkbox"/> LBG	<input type="checkbox"/> Viel Voicen	<input type="checkbox"/> Andere
Wunschkolmetscher*in*	1.	2.	3.	

** Falls kein Wunschkolmetscher*in verfügbar ist, suchen wir einen anderen Dolmetscher*in.*

Von der Vermittlung auszufüllen:

Eingangsdatum:	Tel.	Fax	Mail	persönlich
Zusatzbemerkung:				