

Dolmetschervermittlungsauftrag

	Auftraggebende / Ansprechperson	Anspruchnehmende
Name		
Telefon		
Fax		
Handy		
Email		

Dolmetsch-Einsatz:

Wochentag: am von Uhr bis Uhr Dauer: Std.

Einsatzort:

Firma / Person / Amt / Arzt / Klinik

Straße

PLZ, Ort

Treffpunkt / Raum Nr.

Anlass / Thema / Grund

Weitere Anmerkungen

Kostenträger, Rechnungsanschrift:

Firma / Person / Amt / Krankenkasse

Ansprechperson

Straße

PLZ, Ort

Besetzung	☐ Einzelbesetzung	☐ Doppelbesetzung (bei 1,5 Std. und länger)	
Sprachform	☐ DGS	☐ Viel Voicen	☐ Andere
Wunschkolmetschende *	1.	2.	3.

* Falls keine Wunschkolmetschenden verfügbar sind, suchen wir andere Dolmetschende.

Die Daten werden ausschließlich zum Zweck der Übermittlung von Anfragen und deren Beantwortung gespeichert. Die Pflichtangaben dienen der Zuordnung und der Beantwortung Ihres Anliegens. Dies entspricht unserem berechtigten Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit f DSGVO).

Von der Vermittlung auszufüllen:

Eingangsdatum: