

Dolmetschervermittlungsauftrag
Für Einsätze bei vom Gesundheitsreferat (GSR) bezuschussten Einrichtungen

	Auftraggebende / Ansprechperson	Anspruchnehmende
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, Rechnungsanschrift:

Firma

GMU e.V.

Abteilung

Dolmetschervermittlung

Straße

Lohengrinstr. 11

PLZ, Ort

81925 München

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: