

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: _____