

## Bestellformular für Dolmetschdienste in Liechtenstein

### Kunde

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ Plz, Ort \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail P: \_\_\_\_\_ E-Mail G: \_\_\_\_\_

### Einsatz

Datum \_\_\_\_\_ Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Treffpunkt, falls nicht wie oben: \_\_\_\_\_

### Anlass

Arzt  Schule   
Arbeitsplatz  Amt   
Versicherung  Gericht   
Anderes  was? \_\_\_\_\_

Anzahl anwesender Personen: \_\_\_\_\_ hörbehindert  hörend

### Dolmetscherin

Wenn möglich, bitte folgende Dolmetscherin \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

### Bestellung:

per Telefon 00423 390 05 15

per Fax: 00423 390 05 20

per Email: [lbv@lbv.li](mailto:lbv@lbv.li)

oder schriftlich an: Liechtensteiner Behinderten-Verband, Alti Gerbi, Wiesengass 17, 9494 Schaan