

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		Amt	
Arbeitsplatz		Versicherung		Gericht	
Anderes		Was?			
Anzahl anwesende Personen		Hörbehindert		Hörend	

Dolmetscherin

Wenn möglich bitte folgende Dolmetscherin:	
Bemerkung	

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 E-Mail	judith.meile@lbv.li		
schriftlich an	Liechtensteiner Behinderten-Verband, Wiesengass 17, 9494 Schaan		