

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 | | |