

## Auftrag für Gebärdensprachdolmetschereinsatz

### Auftraggeber/Ansprechpartner:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon / Handy:

Fax:

e-mail:

### Dolmetschereinsatz:

am:

um:

bis:

Grund:

Wo:

Straße:

PLZ:

Ort:

Treffpunkt:

Wer ist bei dem Gespräch dabei :

Hörgeschädigte Person :

Welcher Dolmetscher (wenn möglich):

### Wer übernimmt Kosten:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Mit Abgabe des Formulars stimmen Sie den [AGB's der LDZ](#) zu!!!