# 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](https://www.landesdolmetscherzentrale-rlp.de/allgemeine-geschaftsbedingungen/) zu!!!