

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

## Dolmetscheranforderung

Ich brauche einen Gebärdensprachdolmetscher.

Wann? \_\_\_\_\_

Wofür? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_  
(z.B: Betrieb, Arbeitsamt, Arzt... **Bitte vollständige Anschrift**)

Treffpunkt: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Uhr

Gewünschter Dolmetscher: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Fax /Tel: \_\_\_\_\_

*Bei Arztbesuchen, Gespräch LVA / BfA oder Arbeitsamt bitte folgendes angeben!*

Stamm-Nr. (AA): \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.(LVA, BfA): \_\_\_\_\_

Krankenkasse (z.B. AOK, KKH...): \_\_\_\_\_

Krankenkasse Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Bestätigung:  ja  nein

Meine Tel-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Die Bestätigung der Dolmetscheranforderung senden wir Ihnen zu.

### Allgemeine Geschäftsbedingungen (auszugsweise)

Bei einer Stornierung oder Teilstornierung des Auftrages seitens des Auftraggebers in einem Zeitraum von 3 Werktagen vor dem Einsatz wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 50% der geplanten Einsatzzeit - ohne Berücksichtigung der Fahrtzeit – erhoben.

Bei Stornierung innerhalb von 1 Werktag vor dem Einsatz wird eine Ausfallgebühr von 100% fällig.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Landesdolmetscherzentrale für Gehörlose  
Tel. 0375/ 770440 BT 0375/ 7704461  
Fax 0375/ 7704410

Ebersbrunner Str. 25 08064 Zwickau  
E-Mail [ldz.sachsen@gz-zwickau.de](mailto:ldz.sachsen@gz-zwickau.de)