

# GSD-Vermittlung.de

Vermittlung von Gebärdensprachdolmetschern



Visuell



Gebärden



Voicen

ACHTUNG – Neue Adresse: **Bornheimer Landstraße 48, 60316 Frankfurt am Main**

Tel: 069 – 469 392 44, Fax: 069 – 469 929 27, Email: [info@gsd-vermittlung.de](mailto:info@gsd-vermittlung.de)

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Ihre Anschrift: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Erreichbar: Tel : \_\_\_\_\_ SMS: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sie brauchen einen Gebärdensprachdolmetscher für simultanes Dolmetschen bei :  
**BITTE ANKREUZEN**

- Arbeitsamt, Rentenversicherung**
- Jugendamt, Beratung**
- Elternabend, Elterngespräch, Schulveranstaltung**
- Ämter, Behörden, Standesamt**
- Arztbesuch, Krankenhaus, Kur, Krankenkasse**
- Arbeitsplatz, Betriebsversammlung, Team-Gespräch, Fort-/Weiterbildung, Seminare**
- Sonstige:**

## Einsatzort

Adresse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Termin am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Name der/des Gehörlosen: \_\_\_\_\_ hat SMS: \_\_\_\_\_

## Rechnungsempfänger

Adresse: \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Wünsche / Zusatzinformation:

Hiermit bin ich einverstanden, die entstehenden Kosten für die Bestellung selber zu tragen, wenn der von mir angegebene Rechnungsempfänger die Kosten nicht übernimmt. Sollte der Kostenträger die Rechnungen kürzen oder abändern, zahle ich den Differenzbetrag. Ausfallkosten werden fällig, wenn ein Ersatztermin innerhalb von drei Werktagen vor dem Einsatz abgesagt wird (50%). Wird der Termin jedoch erst einen Werktag vor dem Einsatz abgesagt, sind die vollen Kosten zu tragen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingung der GSD-Vermittlung.de. Diese können Sie unter [www.gsd-vermittlung.de](http://www.gsd-vermittlung.de) einsehen.