

**BESTELLUNG DOLMETSCHER/IN**

**Besteller**

Vorname Name/Institution, Firma, etc... \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Kunden-Nummer \_\_\_\_\_

SMS / Mobile \_\_\_\_\_

- gehörlos/schwerhörig
  - hörend
  - nicht bekannt
- Name der gehörlosen Person \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

*folgende Angaben nur, wenn Neukunde oder Adressänderung*

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Haben Sie von der IV eine Leistung erhalten? Wenn ja:

Verfügungsnummer \_\_\_\_\_ Datum der Verfügung \_\_\_\_\_

- gehörlos/schwerhörig
- späterraubt
- hörsehgeschädigt
- hörend

Geschäft

Privat

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> SIP-Videophone   | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Telescrit  | _____ | _____ |
|  Telefon | _____ | _____ |
|  Fax     | _____ | _____ |

\*\*\*\*\*

**Einsatz**

Datum \_\_\_\_\_ Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h und von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h

Name/Betrieb \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Treffpunkt \_\_\_\_\_

Bitte Unterlagen beilegen oder direkt an Dolmetscher/in!

Diese werden vertraulich behandelt und nach dem Einsatz erhalten Sie diese wieder zurück.

**Kontaktperson für Unterlagen**

- gleich wie oben

Name/Institution \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Anlass**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schule (Elterngespräch)  | <input type="checkbox"/> Vortrag, Referat = <input type="checkbox"/> als Referent <input type="checkbox"/> als Teilnehmer |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Untersuchung  | <input type="checkbox"/> Unfall   |
| <input type="checkbox"/> Besprechung  | <input type="checkbox"/> Sitzung, Tagung  |
| <input type="checkbox"/> Kirche   | <input type="checkbox"/> Feier  |
| <input type="checkbox"/> Polizei, Gericht   | <input type="checkbox"/> Medien (TV, Interview)   |
| <input type="checkbox"/> Sportanlass  | <input type="checkbox"/> anderes  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz   | <input type="checkbox"/> Besichtigung   |
| <input type="checkbox"/> Kurs, Aus- und Weiterbildung = <input type="checkbox"/> als Kursleiter <input type="checkbox"/> als Teilnehmer |   |

Thema \_\_\_\_\_

Thema (noch) nicht bekannt

Anzahl anwesender Personen: hörgeschädigt \_\_\_\_\_ hörend \_\_\_\_\_ nicht bekannt \_\_\_\_\_

mehr als ein/e Dolmetscher/in erwünscht ? Anzahl \_\_\_\_\_

es werden andere Sprachen benutzt  französisch  englisch  italienisch  LSF

bestimmte Form des Dolmetschens gewünscht (Lautsprache, internationale Gebärdensprache etc.) \_\_\_\_\_

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

wenn möglich bitte folgende Dolmetscher/in \_\_\_\_\_

nicht gewünschte Dolmetscher/in \_\_\_\_\_

Bekleidung:  normal  Business-Dress  festlich  draussen (wetterfest)

NEIN, ich möchte keine/e Praktikant/in dabei haben

**Einverständnis des Bestellers**

Ich nehme zur Kenntnis, dass der/die Dolmetscher/in die Regeln des Ehrenkodexes ihres Berufes (Berufsgeheimnis, Neutralität, inhaltsgetreue Übersetzung) einhält. Der/die Dolmetscher/in handelt in eigener Verantwortung.

**Ort, Datum..... Unterschrift:.....**

**Bei einer Absage fürs Dolmetschen muss die Procom mindestens 2 Arbeitstage vorher unter [dolmetschen@procom-deaf.ch](mailto:dolmetschen@procom-deaf.ch) informiert werden. Wenn dies nicht der Fall ist werden wir Ihnen die entsprechenden Kosten verrechnen.**

**Senden an:** procom Dolmetsch-Vermittlung, Tannwaldstrasse 2, 4600 Olten

☎ 055 246 58 00, 📠 Fax 055 246 58 48, E-Mail [dolmetschen@procom-deaf.ch](mailto:dolmetschen@procom-deaf.ch)