

**FAX** an den **GEBÄRDENSPRACH-DOLMETSCH-DIENST (GDD)**

Caritasverband für die Region Trier e. V.  
Herrn Michael Schmauder-Reichert  
Stresemannstr. 5-9, 54290 Trier

Fax-Nr.: 06 51/20 96-2 59



**Ich/Wir brauche/n einen/mehrere ( ) Gebärdensprachdolmetscher/innen**

**WER?**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**FÜR WAS?**

Grund/Anlass/Thema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**WANN?**

Am \_\_\_\_\_ (Datum)

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Uhrzeit)

**WO?**

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Treffpunkt: \_\_\_\_\_

**WER BEZAHLT?**

Kostenträger bekannt? Nein  Ja  Wer?

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. : \_\_\_\_\_

Kostenübernahme geklärt ? Ja  Nein, Dolmetscher soll klären

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift