



Für hörgeschädigte Personen Bestellformular Gebärdensprachdolmetscher

Informationen über mich:

Name:

Adresse:

Handy:

E-Mail:

Ich bekomme Zulagen:

- ☐ von der Pflegeversicherung (assurance dépendance),
- ☐ von dem Fonds National de Solidarité (FNS).
- ☐ Ich bekomme keine Zulagen und schicke einen Beleg mit.

Ich möchte die Rechnung:

- ☐ per Mail bekommen,
- ☐ per Post bekommen.

Informationen zum Termin:

Wann ist der Termin?

Datum:

Uhrzeit von bis Uhr.

Wo ist der Termin? (Adresse, online ...)

Adresse:

Gesprächspartner:

Telefon:

Mail:

Welche Sprache spricht der Gesprächspartner?

- ☐ Luxemburgisch ☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ English

Worum geht es? (Arzttermin, Versammlung, ...)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die „**Regelung über die Bestellung und die Kosten von Gebärdensprachdolmetscher und Schriftdolmetscher**“ **Stand November 2020** gelesen habe und mich mit den Bedingungen einverstanden erkläre.

Datum :

Unterschrift: