



EINSATZBESTÄTIGUNG

ASER-
BAIDSCHANISCH

Klient

Xanım/Cənab	doğum tarixi
Ünvan	

Bununla növbəti söhbət zamanı dil bacarığının az olması səbəbindən könüllü tərcüməçinin iştirakına razılığımı bəyan edirəm.

Mən könüllü tərcüməçinin fəaliyyətinə qarşı heç bir iddia hüququmun olmadığını bilirəm.

Könüllü tərcüməçi söhbəti gizli saxlamaq öhdəliyinə malikdir.

Tarix	İmza
-------	------

Institution/Einrichtung

Herr/Frau	(Name Dolmetscher/Dolmetscherin)
-----------	----------------------------------

übernimmt für nachstehende Institution die ehrenamtliche Tätigkeit als Dolmetscher/in.

Name der Institution	
Anschrift	
Kontaktperson/Auftraggeber	
Telefon	E-Mail

Der o.g. Dolmetschende unterliegt der Schweigepflicht.

Für diesen Einsatz stellen wir den Dolmetschenden von jeglicher Haftung frei.

Merkblatt für Institutionen (Rahmen) wird beachtet.

Ort, Datum	
Unterschrift der Institution (ggf. Stempel)	Unterschrift Dolmetscher/Dolmetscherin

Diese Seite bitte zurücksenden an:

Landratsamt Reutlingen, Amt für Migration und Integration, Dolmetscherpool, Haydnstraße 5-7,
72766 Reutlingen oder dolmetscherpool@kreis-reutlingen.de