

GSD-Vermittlung.de

Vermittlung von Gebärdensprachdolmetschern



Visuell



Gebärden



Voicen

Burgstraße 11 e, 603816 Frankfurt am Main

Tel.: 069 – 469 392 44, Fax 069 – 469 929 27, Email: info@gsd-vermittlung.de

Ihr Name: _____

Ihre Anschrift: _____

Kontaktperson: _____

Erreichbar: Tel : _____ SMS: _____ Fax: _____

Bitte vereinbaren Sie ein Arzttermin für mich! Habe keinen Termin.

1. Wunschtermin

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Uhrzeit: _____

2. Wunschtermin

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Uhrzeit: _____

Habe einen Arzttermin:

Adresse des Arztes:

Wann: _____

Strasse: _____

Uhrzeit: _____

Ort: _____

Name: _____

Telefon: _____

Arzt: Hausarzt Zahnarzt Hals- Nase- Ohrenarzt Orthopädie

Krankenkasse / Rechnungsempfänger

Versicherungsnummer: _____

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

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 einsehen.

GSD-Vermittlung.de
Burgstrasse 11 e
60316 Frankfurt am Main
www.gsd-vermittlung.de

Bankverbindung
EKK eG
Kto:104 004 434
BLZ:520 604 10

Steuernummer
4525059434
USt-IdNr
DE270481632

Träger
GeKom gGmbH
Handelsregister
Amtsgericht Frankfurt HRB 86381