

# BESTILLING AF TOLKEBISTAND

TLF.: 7633 9000  
FAX: 7633 9009  
E-MAIL: [tolk@ot.dk](mailto:tolk@ot.dk)

Bestillinger kan foretages pr. fax, e-mail eller telefon. Returner venligst denne bestillingsformular pr. e-mail eller fax. Skriv venligst med blokbogstaver, hvis bestilling af tolkebistand udfyldes i hånden.

## KUNDEOPLYSNINGER

Firmanavn\*: \_\_\_\_\_ Afdeling: \_\_\_\_\_  
Adresse\*: \_\_\_\_\_  
Postnr. \*: \_\_\_\_\_ By\*: \_\_\_\_\_  
Telefonnr. \*: \_\_\_\_\_ Fax\*: \_\_\_\_\_ Evt. e-mail: \_\_\_\_\_  
Bestilt af\*: \_\_\_\_\_

Bekræftelse ønskes tilsendt pr. fax \_\_\_\_ eller e-mail \_\_\_\_ (sæt kryds\*)

## TOLKEYDELSE

Fra sprog\*: \_\_\_\_\_ Til sprog\*: \_\_\_\_\_ Evt. dialekt\*: \_\_\_\_\_  
Dato\*: \_\_\_\_\_ Klokkeslæt\*: \_\_\_\_\_ Varighed\*: \_\_\_\_\_ timer (ca.)  
Mødested\*: \_\_\_\_\_  
Ønsket tolk: \_\_\_\_\_ Kvinde (sæt kryds) \_\_\_\_\_ Mand (sæt kryds)

## KUNDENS REFERENCE

Klientens navn: \_\_\_\_\_  
Journalnr. \*: \_\_\_\_\_ eller CPR-nr. \*: \_\_\_\_\_  
Emne for samtalen (obligatorisk, hvis kendt): \_\_\_\_\_

## TOLKEKATEGORI (SÆT KRYDS)

Konsekutiv  Simultan  Tlf.tolkning Tlf.nr. \_\_\_\_\_

Bemærkninger: \_\_\_\_\_

\*) Obligatoriske oplysninger