

Sprachmittlungsdienst im Landkreis Karlsruhe Einsatzbestätigung

Hiermit bestätigen wir den Sprachmittlungseinsatz im Gesundheitswesen am:

Datum: _____
Uhrzeit: _____
Dauer des Einsatzes: ☐ **90 Minuten** ☐ **mehr als 120 Minuten**

Institution (Stempel Arztpraxis):

Name der Institution: _____
Vertreten durch: _____
Einsatzort: _____

Sprachmittler/-in:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

Bankdaten:

Name des Instituts: _____
Kontoinhaber/-in: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Die Vergütung der Aufwandsentschädigung in Höhe von ____€ wurde folgendermaßen geregelt:

- ☐ Barzahlung gegen Quittierung
☐ Überweisung auf das angegebene Konto (innerhalb einer Woche)

Datum, Ort

Unterschrift Vertreter/-in der Institution u. Stempel

Unterschrift Sprachmittler/-in