

Fakturanummer:

Oplysninger om tegnsprogsbruger:  Navn:   
Cpr.nr.:

| Resv.nr. | Dato for tolkeydelse | Start kl. | Slut kl. | Timer faktureret | Adresse for tolkeydelse | Antal tolke | Video el. fremmøde | Tolk 1 | Tolk 2 | Formål med tolkning     |
|----------|----------------------|-----------|----------|------------------|-------------------------|-------------|--------------------|--------|--------|-------------------------|
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        | Udfyldes af tolkebruger |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |
|          |                      |           |          |                  |                         |             |                    |        |        |                         |

| Underskrift fra leder i tolkevirksomhed   |                      |
|---|----------------------|
| Jeg erklærer hermed på tro og love, at ovenstående oplysninger er kontrolleret i forhold til hver tolks afrapportering. |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Navn  | Dato og underskrift  |

| Underskrift fra tolkebruger  |                      |
|--|----------------------|
| Jeg erklærer hermed på tro og love, at ovenstående oplysninger er korrekte, og at tolkeydelserne er anvendt i overensstemmelse med tegnsprogstolkebevillingen. |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| Navn   | Dato og underskrift  |