

Angebotsformular

Datum

Bitte senden an Fax Nr.: +49 351 202 508 01

| | |
|---|--|
| Auftraggeber | Firma / Übersetzungsbüro / Privatperson |
| | Name _____ |
| Ansprechpartner | Herr / Frau _____ |
| Adresse | Straße _____ |
| | Plz. _____ Stadt _____ |
| | Land _____ |
| Kontakt | Telefon _____ |
| | Telefax _____ |
| | E-Mail _____ |
| Auftrag | Übersetzung <input type="checkbox"/> Korrekturlesen <input type="checkbox"/> |
| Text | Format (z. B. doc, pdf) _____ |
| | Sprache _____ |
| Übersetzung | Zielsprache _____ |
| Textumfang | Zeilen _____ (55 Anschläge = 1 Zeile) |
| | Worte _____ |
| Referenzen werden mitgeliefert | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | Anzahl _____ |
| | Format _____ |
| Glossar vorhanden | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | Format _____ |
| Arbeiten mit CAT Tool | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | Name _____ |
| Überprüfung erwünscht | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Eilauftrag | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Liefertermin | Datum _____ Uhrzeit _____ |
| Sonstige Mitteilung | _____ |