



Demande de traduction écrite		Date :
Code n°	Facturer à (si différent de l'utilisateur)	
Institution :	Institution :	
Personne :	Personne :	
Service :	Service :	
Fonction :	Adresse :	
Tél :	Fax :	

Données de la prestation

A rendre le	
Nombre de pages :	
Langue :	
Interprète :	Genre souhaité : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Domaine d'intervention :	
Adresse :	
Institution :	Service :
Personne :	Fonction :
Tél / Gsm :	Accessibilité (à joindre s.v.p.) :
Identification bénéficiaire pour facturation :	
Nationalité bénéficiaire :	Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Groupe

Date réception demande :	<input type="checkbox"/> A confirmer	<input type="checkbox"/> Annulée	<input type="checkbox"/> Confirmé
Matcher :	<input type="checkbox"/> En attente	<input type="checkbox"/> Non - Autre	<input type="checkbox"/> Non - Hors compétence
	<input type="checkbox"/> Non - Jurée	<input type="checkbox"/> Non - Lang. indisponible	<input type="checkbox"/> Non - Qualité original
	<input type="checkbox"/> Non - Raison éthique	<input type="checkbox"/> Non - Sous traitance	<input type="checkbox"/> Relecture
	Sous-traitance :	<input type="checkbox"/> Reçue de	<input type="checkbox"/> Transmise à

Données de prestation

Interprète :	Date de remise effective :		
Langue :			
Utilisateur facturation		Durée prestation	
Nom de l'institution et du service (si incorrect)		Durée : h	Nombre de pages :
Utilisateur - signature		Remarques	
Nom et signature :		Si retard : Bénéficiaire Utilisateur Interprète	
		Annulation : oui / non	
		Commentaire :	