

## Kostenübernahmeerklärung

### Der Betrieb

\_\_\_\_\_

*Name des Betriebs*

### bestätigt hiermit, die Kosten für ihren Mitarbeiter

\_\_\_\_\_

*Name des Mitarbeiters / Hotelgastes*

### im Zeitraum

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

*Anreise- und Abreisedatum*

### in folgendem Umfang zu übernehmen: (bitte ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übernachtung                               | <input type="checkbox"/> Hotelbar      |
| <input type="checkbox"/> Frühstück                                  | <input type="checkbox"/> Minibar       |
| <input type="checkbox"/> Tagungspauschale                           | <input type="checkbox"/> Wäscheservice |
| <input type="checkbox"/> Restaurant                                 | <input type="checkbox"/> Telefon       |
| <input type="checkbox"/> Tagungsgetränke außerhalb<br>der Pauschale |  |

*Für nicht angekreuzte Leistungen ist der Gast Selbstzahler vor Ort.*

### Rechnungsanschrift

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Firmenstempel

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben