

Kostenübernahme / Autorisierung der Zahlung per Kreditkarte

Für: _____

Vom: _____ bis: _____

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Leistungen von Ihrem Unternehmen übernommen werden

- = alle anfallenden Kosten werden übernommen
- = Übernachtung
- = Frühstück
- = Tagungsverpflegung
- = Getränke Essen
- = Getränke Tagungsraum
- = Getränke Bar
- = Sonstiges _____

Im Falle einer Übernahme der Kosten und der damit verbundenen Zustellung der Rechnung an das Unternehmen, bitten wir Sie, diese oben zu markieren und uns dies per Email/Fax unterschrieben mit Firmenstempel und Rechnungsadresse versehen zurück zu senden.

Rechnungsanschrift

Die Kostenübernahme wird nur mit einer gültigen Kreditkarte akzeptiert. Bitte senden Sie uns, wenn möglich eine Kopie der Vorder – und Rückseite der angegebenen Kreditkarte zu.
Bitte beachten: Wird die Rechnung nicht innerhalb von 14 Tagen beglichen, wird die Kreditkarte automatisch belastet.

Falls die Rechnung sofort der unten genannten Kreditkarte belastet werden soll, dann gebe ich hier mein Einverständnis.

= Ja, ich stimme einer direkten Abbuchung zu: _____
Unterschrift des Kreditkarteninhabers

Kreditkarte zur Garantie:

Nummer _____ gültig bis _____

Name des Unterzeichnenden / Kreditkarteninhaber

Unterschrift

Stempel und Datum