

Bitte mit gültigen Kreditkartendaten oder Kostenübernahmeerklärung an:

Adina Apartment Hotel Hamburg Michel

Fax: 040 / 22 63 50-599

Neuer Steinweg 26

20459 Hamburg

E-Mail: meet.hamburgm@adina.eu

Tel.: 040 / 22 63 50-0

Gast: Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Hotelformular für Seminar 27.11. - 01.12.2017 IDW Akademie

Titel: Jahresabschlussprüfung I (B17PW4-48H)

Zimmer auf Abruf bis: 30.10.2017 (alle Zimmer Nichtraucher)

☐ EZ Ü/F 27.11.–01.12. pro Nacht € 139,00 zzgl. Tagungspauschale (Mo-Fr) € 295,00 inkl. MwSt.

☐ Vorabanreise So 26.11. Ü/F € 139,00 Tagesgast ohne Zimmer

Stornierung: Bis 7 Tage vorher keine Stornokosten, danach 80% und bei Nichtanreise 100% des Preises.

Im Zimmerpreis enthalten: Frühstück, WLAN (über Zugangscode d. Tagung, Pool-/Saunanutzung.

Rechnungsänderungen: Das Hotel kann eine Gebühr von 20 € erheben.

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers (auch für Tagesgäste)

☐ Wir garantieren die Buchung mit Kreditkarte: _____ gültig bis: _____

☐ Wir bestätigen die Kostenübernahme für

☐ **Tagungspauschale € 295,00**

18€/24h Parken

☐ Übernachtung/Frühstück

☐ Vorabanreise So Ü/F

☐ zusätzliche Getränke

☐ Extras (Telefon usw.)

Rechnung bitte an:

Betrag bitte von der Kreditkarte abbuchen

Firma: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bei Fragen:
Name, E-Mail _____

Telefon: _____ Fax: _____

Zimmerbestätigung des Hotels

Datum, Unterschrift/

Firmenstempel:

Buchungsnummer:

Unterschrift/Hotelstempel: