

Bitte senden Sie die Kostenübernahmeerklärung mit gültigen Kreditkartendaten an:

Adina Apartment Hotel Hamburg Michel

E-Mail: meet.hamburgm@adina.eu

Neuer Steinweg 26

20459 Hamburg

Fax: 040 / 22 63 50-599

Tel.: 040 / 22 63 50-0

Gast: Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Zimmerbuchung zum Seminar 23.09. - 27.09.2019 IDW Akademie

Titel: Jahresabschlussprüfung II (B19PW5-39)

Zimmer auf Abruf bis: 26.08.2019 (alle Zimmer Nichtraucher)

EZ Ü/F 23.09.–27.09. pro Nacht € 139,00 zzgl. Tagungspauschale (Mo-Fr) € 295,00 inkl. MwSt.

Vorabanreise So 22.09. Ü/F € 139,00 Tagesgast ohne Zimmer

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

Im Zimmerpreis enthalten: Frühstück, MwSt., WLAN (Tagungscod), Pool-/Saunanutzung

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

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers (auch für Tagesgäste)

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

Wir bestätigen die Kostenübernahme für

Tagungspauschale €295,00

25€/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: