Bitte senden Sie die Kostenübernahmeerklärung mit gültigen Kreditkartendaten an:

Mercure Hotel Moa Berlin
E-Mail: HA0F7-SB1@accor.com
Stephanstr. 41
10559 Berlin
Fax: 030 / 39 40 43 - 999
Tel.: 030 / 39 40 43 - 0

Gast: ☐ Herr ☐ Frau

Name: _____ Vorname: _____

Zimmerbuchung zum Seminar 21.10.- 25.10.2019 IDW Akademie

Titel: Jahresabschlussprüfung II (B19PW5-43)
Zimmer auf Abruf bis: 07.10.2019 (bitte möglichst ruhige Zimmer reservieren)

☐ EZ Ü/F 21.10.– 25.10.2019 pro Nacht € 99,00 zzgl. Tagungspauschale (Mo-Fr) € 287,00
☐ Vorabanreise Sonntag 20.10. Ü/F € 99,00 ☐ Tagesgast ohne Zimmer

Stornierung: Bis 3 Tage vor Anreise kann kostenfrei storniert werden. Danach oder bei Nichtanreise sind 100% des vereinbarten Preises zu zahlen.

Im Zimmerpreis enthalten: Frühstück, MwSt, WLAN, Nutzung Fitnessbereich 3. OG.

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers (auch für Tagesgäste)

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

☒ Wir bestätigen die Kostenübernahme für

- ☒ **Tagungspauschale € 287,00**
- ☐ Übernachtung/Frühstück
- ☐ zusätzliche Getränke
- ☐ 15€/24h Parken
- ☐ Vorabanreise So Ü/F
- ☐ Extras (Telefon usw.)

Rechnung bitte an:

☐ Betrag bitte von der Kreditkarte abbuchen

Firma: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bei Fragen:
Name, E-Mail _____

Telefon: _____ Fax: _____

_____
Datum, Unterschrift/
Firmenstempel:

Zimmerbestätigung des Hotels

Buchungsnummer: _____

Unterschrift/Hotelstempel: