Bitte senden Sie die Kostenübernahmeerklärung **mit gültigen Kreditkartendaten** an:

Hotel Düsseldorf Seestern
E-Mail: laura.hoeck@hotelite-group.com
Fritz-Vomfelde-Str. 38
40547 Düsseldorf
Fax: 0211 / 53076-444
Tel.: 0211 / 53076-300

Gast: ☐ Herr ☐ Frau

Name: _____ Vorname: _____

Zimmerbuchung zum Seminar 02.12. - 06.12.2019 IDW Akademie

Titel: Rechnungslegung nach IFRS (B19PW9-49)
Zimmer auf Abruf bis: 04.11.2019 (Standardzimmer)

☐ EZ Standard Ü/F 02.12.–06.12. € 118,00/Nacht zzgl. Tagungspauschale (Mo-Fr) € 293,00 inkl. MwSt.
☐ Vorabanreise So 01.12. Ü/F € 118,00 ☐ Tagesgast ohne Zimmer

Stornierung: Bis 7 Tage vor Anreise kostenfrei stornierbar. Danach oder bei Nichtanreise sind 90% des Preises zu zahlen.
Im Zimmerpreis enthalten: Frühstück, Sauna, normales WLAN (highspeed kostenpflichtig).

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers (auch für Tagesgäste)

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

☒ Wir bestätigen die Kostenübernahme für

- ☒ **Tagungspauschale € 293,00**
- ☐ 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: