

Bitte senden Sie die Kostenübernahmeerklärung mit gültigen Kreditkartendaten an:

**Adina Apartment Hotel Hamburg Michel**

E-Mail: [meet.hamburgm@adina.eu](mailto: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 26.10. - 30.10.2020 IDW Akademie**

Titel: Jahresabschlussprüfung II (B20PW5-44)

Zimmer auf Abruf bis: 28.09.2020 (alle Zimmer Nichtraucher)

EZ Ü/F 26.10.–30.10. pro Nacht € 144,00 zzgl. Tagungspauschale (Mo-Fr) € 310,00 inkl. MwSt.

Vorabanreise So 25.10. Ü/F € 144,00 Tagesgast ohne Zimmer

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

**Im Zimmerpreis enthalten:** Frühstück, MwSt., WLAN (Tagungscodex), 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 € 310,00**

25€/24h Parken

Übernachtung/Frühstück

Vorabanreise So Ü/F

(Hinweis: Alle Extras wie Telefon, Minibar, zusätzliche Getränke etc. sind vor Ort zu zahlen.)

**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: