

Kostenübernahmeerklärung

Vollständige Firmenbezeichnung/Anschrift:
(Stempel)

per Fax an +49 (9721) 85096

Verantwortlicher Ansprechpartner _____

Wir erklären, folgende Kosten für Buchungen, welche durch uns / durch Mitarbeiter getätigt werden, zu übernehmen:

Kosten für den Aufenthalt von Frau / Herrn _____
Frau / Herrn _____
Frau / Herrn _____
Frau / Herrn _____

Aufenthalt: vom _____ bis _____

- Zimmer
- Frühstück

Für die von uns gewünschte Kostenübernahme gelten folgende Konditionen:

- Die Kosten sollen der unten genannten Kreditkarte belastet werden.
- Zahlung per Rechnung. (WICHTIG: Bitte geben Sie in jedem Fall eine Sicherheits-Kreditkartennummer an! Sollten Sie keine angeben, wird vom Gast vor Ort eine Kreditkarte verlangt.)



Kreditkartennummer: _____ / _____ / _____ / _____

Gültig bis: ____ / ____ Name auf der Kreditkarte: _____ Sicherheitscode: _____
Monat/Jahr

Zahlungsziel ist 7 Tage nach Rechnungsstellung ohne Abzüge. Bei Rechnungsstellung wird nach Ablauf dieser Frist die oben angegebene Kreditkarte belastet.

Ich/ Wir bestätige/ n und akzeptiere/ n hiermit diese Kostenübernahmeerklärung der Ehinger Betriebs GmbH und den oben stehenden Bedingungen.

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel

Ort / Datum

Hotel Pension Zech