

## Kostenübernahmeerklärung für das Acamed Resort S\*\*\*

### Firmeninformation

### Rechnungsanschrift

Firma: _____	_____
Ansprechpartner: _____	_____
Adresse: _____	_____
_____	_____
Telefon: _____	E-Mail: _____

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Hotelkosten entsprechend folgender Angaben:

für den Aufenthalt von: \_\_\_\_\_  
Anreise: \_\_\_\_\_ Abreise: \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen werden von der oben genannten Firma übernommen:

Logis (Zimmer)       Frühstück       Verzehrrrechnung       ALLE Kosten  
 Sonstige Leistungen: \_\_\_\_\_

Alle nicht angegebenen Kosten müssen vom Gast selbst bei Abreise bezahlt werden. Sollte einer unserer Gäste diese übersehen, sind wir dem Leistungserbringer bei der Beschaffung der zur Rechnungserstellung nötigen Dateien behilflich.

Zahlung per Rechnung. (Bitte geben Sie in diesem Fall eine Sicherheits-Kreditkartennummer an! Zahlungsziel ist 14 Tage nach Rechnungserstellung ohne Abzüge.)

Die unten genannte Kreditkarte wird mit dem Rechnungsbetrag nach Abreise belastet.

### Kreditkarteninformationen

Kreditkarte:       Visa       Mastercard       Amex  
Kreditkartentyp:       Individuell (personalisierte Karte)       Firmenkreditkarte

Inhaber der Karte: \_\_\_\_\_

Kreditkartennummer: \_\_\_\_\_      Gültig bis: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kreditkarteninhaber: \_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige/n und akzeptiere/n hiermit diese Kostenübernahmeerklärung nach den AGB's der Acamed Resort GmbH und den oben stehenden Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift/ Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail oder Fax an: info@acamedresort.de oder +49 (0) 34721 50112.