

Kostenübernahme

(bitte ausfüllen und per E-Mail oder per Fax senden)

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Hotelkosten:

Buchungsinformationen

Gastname: _____

Buchungsnummer (falls vorhanden): _____

Kursnummer (falls bakd/fakd Seminarteilnehmer): _____

Anreise: _____

Abreise: _____

Gesamtbetrag in €: _____

Akademie Hotel
Heinrich-Mann-Straße 29
13156 Berlin-Pankow

Fon 030 488 37 0
Fax 030 488 37 333

hotel@akademiehotel.de
www.akademiehotel.de

Folgende Kosten werden von der unten genannten Firma übernommen:

Alle Kosten Nur Übernachtung Übernachtung und Frühstück

Sonstige Kosten: _____

Kreditkarteninformationen

Kreditkarte: _____

Inhaber der Kreditkarte: _____

Kreditkartennummer: _____ Gültig bis: _____

Die Kreditkarte dient:

Zur Garantie der Buchung

Zur Abbuchung des fälligen Betrages beim Check-Out

Rechnungsanschrift

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Hiermit bestätige ich, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind.
Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Akademie-Hotel Berlin, meine Kreditkarte, wie oben angegeben zu belasten.

Stempel/Unterschrift: _____ Datum: _____



VCH-HOTELS
Verband Christlicher Hoteliers e.V.



EKD
Evangelische Kirche
in Deutschland



Diakonie