

Kostenübernahme-Antrag

Buchungsinformationen:

Gastname: _____

Buchungsnummer: _____ Hotel: _____

Anreise: _____

Abreise: _____

Gesamtbetrag in €: _____ Inkl. Frühstück Exkl. Frühstück

Anzahl der Nächte: _____

Folgende Kosten werden von der unten genannten Firma übernommen:

Alle Kosten Nur Übernachtung Übernachtung und Frühstück

Sonstige Kosten: _____

Kreditkarteninformationen:

Kreditkarte: Visa Mastercard Amex

Kreditkartentyp: Individuell (personalisierte Karte)

Firmenkreditkarte

Inhaber der Karte: _____

Kreditkartennummer: _____ Gültig bis: _____

Die Kreditkarte dient: Zur Garantie
 Zur Abbuchung des fälligen Betrages zu Sonderzeiten wie z.B. Messen

Rechnungsanschrift:

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Hiermit bestätige ich, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Kreditkarte, wie oben angegeben, zu belasten ist.

Stempel/Unterschrift/Datum: _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail an base@stargaze-hotels.de oder per Fax an +49(0) 2103 339 87 11 zurück.