Kostenübernahme

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Hotelkosten:

Buchungsinformationen

Gastname: _____

Buchungsnummer: _____

Anreise: _____

Gesamtbetrag in €: _____

Anzahl der Nächte: _____

Folgende Kosten werden von der unten genannten Firma übernommen:

☐ Alle Kosten ☐ nur Übernachtung ☐ Übernachtung und Frühstück/Kurtaxe
☐ sonstige Kosten: ☐ Garage ☐ Minibar ☐ Restaurant

Kreditkarteninformationen

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

Inhaber der Karte: _____

Kreditkartennummer: _____ Gültigkeitsdatum: ____ / ____
Monat / Jahr

Die Kreditkarte dient: ☐ zur Garantie
☐ zur Abbuchung des fälligen Betrages beim Check-Out.

Firmeninformationen **Rechnungsanschrift:**

Firma: _____ _____

Ansprechpartner: _____ _____

Adresse: _____ _____

_____ _____

_____ _____

Telefon: _____ _____

E-Mail: _____ _____

Hiermit bestätige ich, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Hotel Graf Eberhard GmbH & Co. KG, meine Kreditkarte, wie oben angegeben zu belasten.

Name des Kreditarteninhabers: _____

Stempel/Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail an info@hotel-graf-eberhard.de oder per Fax an +49 7125/8214 zurück.