

KOSTENÜBERNAHME



**Apartment Hotel am Sand
Ludin Hotels GmbH**

Sand 21/ Hölertwiete 14
21073 Hamburg

Tel.: +49 40 7679488-0
Fax: +49 40 7679488-10

Email.: info@apartment-hotel-am-sand.de
Homepage: www.apartment-hotel-am-sand.de

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Hotelkosten wie folgt:

Buchungsinformationen:

Gastname(n): _____

Buchungsnummer(n): _____

Anreise: _____ Abreise: _____

Zimmerpreis pro Nacht in Euro: _____

Anzahl der Nächte: _____

Optional zubuchbar:

Folgende Kosten werden von der unten genannten Firma ebenfalls übernommen:

Frühstück: 7,50 Euro/Person/Tag, Küchennutzung: 5 Euro/Nacht, Savenutzung: 2 Euro/Nacht

Frühstück Küchennutzung Savenutzung Sonstige Kosten

Übernachtung **Gesamtpreis** in Euro: _____

Rechnungsanschrift (Druckbuchstaben):

Firmstempel:

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Die Begleichung der Übernachtungskosten erfolgt:

per Rechnung per Kreditkarte Bezahlung bei Anreise



Buchung mit Kreditkarte:

Kreditkarte: VISA MASTERCARD AMEX

Kreditkartentyp: personalisierte Karte Firmkreditkarte

Inhaber der Karte: _____

Kreditkartennummer: _____ Gültig bis: _____

Die Kreditkarte dient:

zur Garantie zur Abbuchung des fälligen Gesamtbetrages beim CHECK-IN

Hiermit bestätige ich, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Ludin Hotels GmbH, meine oben angegebene Kreditkarte zu belasten.

Unterschrift: _____

Datum: _____