

# 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](mailto:info@apartment-hotel-am-sand.de)  
Homepage: [www.apartment-hotel-am-sand.de](http://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):**

Firma: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Die Begleichung der Übernachtungskosten erfolgt:

per Rechnung  per Kreditkarte  Bezahlung bei Anreise

### **Firmstempel:**



### **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:** \_\_\_\_\_