

KOSTENÜBERNAHMENERKLÄRUNG

Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben bei der Reservierung oder bei Anreise im Hotel vorlegen. Die Rechnung wird dann direkt an Ihren Arbeitgeber gesendet.

Wir übernehmen für unsere Mitarbeiterin/unseren Mitarbeiter für die Dauer der Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung des Inklusionsamtes die Pauschale für Übernachtung und Verpflegung.

Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Name, Vorname

Abteilung/Bereich

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Veranstaltung

Titel

vom/Anreise am

bis/Abreise am

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Einrichtung/Institution/Unternehmen

Name Einrichtung/Institution/Unternehmen

Anschrift

Telefon

Mail

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

Stempel

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

*freiwillige Angabe