

Kostenübernahmebestätigung

- zur Vorlage an die Verwaltung -

Bitte gemeinsam mit der Anmeldung faxen an: **+49 (0) 30/ 27 87 60 89 - 18**

Hiermit wird zugunsten der



DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1
10178 Berlin

bestätigt, dass

Adresszeile 1: Klinik

Adresszeile 2: Klinik

Ansprechpartner (Titel, Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

die Gebühren für die Teilnahme von Frau / Herrn

Titel, Vorname, Name

in voller Höhe übernimmt.

Die Gebühren betragen:

Veranstaltung	Datum	EUR

Wir wünschen eine Rechnung über folgende Gesamtsumme: _____ EUR.

Die Kursgebühren sind uns bekannt. Die Teilnahmegebühr ist ein durchlaufender Posten. Die Übernachtungs- und Verpflegungsleistungen beinhalten 7% bzw. 19%. MwSt.

Datum, Ort

Name (Blockschrift)

Unterschrift

Stempel der Institution