

## KOSTENÜBERNAHME - EINMALIG

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte füllen Sie folgendes Formular aus, um die Kosten der von Ihnen eingebuchten Personen zu übernehmen. Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, geben Sie uns bitte so viele Angaben wie möglich. *Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme auf Ihrem Firmenpapier ausgedruckt und uns zugesandt werden muss, anderenfalls können wir diese leider nicht akzeptieren.*

Unvollständige Erklärungen zur Kostenübernahme müssen wir leider zurückweisen. Bei fehlenden/fehlerhaften Angaben zur Kreditkarte, kann der Gast nur nach Hinterlegung eigener Kreditkartendaten einchecken. Das Kameha Grand Bonn behält sich vor, je nach Kostenübernahmeleistung, eine Bonitätsabfrage Ihres Unternehmens durchzuführen. Die Abfrage wird gestützt auf Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

Kostenübernahme für folgenden Aufenthalt (Datum):

\_\_\_\_\_

Kostenübernahme gültig für folgende Gäste (namentlich):

- 1.) Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_
- 2.) Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_
- 3.) Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Leistungen, die von Ihnen übernommen werden (bitte ankreuzen):

Übernachtung:  Frühstück:  Garage:  Minibar:  Gästewäsche:

Gastauslagen:  Telefon:  SPA Anwendungen:

Speisen & Getränkeverzehr in unseren Restaurants und der Bar:

Speisen & Getränkeverzehr im Roomservice:

Anderes: \_\_\_\_\_

Oder pro Gast folgenden Rechnungsbetrag autorisieren (Betrag bis/maximal pro Aufenthalt):

\_\_\_\_\_ Euro

### KONTAKT FÜR RÜCKFRAGEN

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## RECHNUNGSANSCHRIFT

Firmenname: \_\_\_\_\_

Bitte zu Händen von: \_\_\_\_\_

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

PLZ: \_\_\_\_\_

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

FAX: \_\_\_\_\_

(Bitte den Firmen- oder Verwaltungsstempel in diesem Feld nutzen)

Amtsgericht/HRB: \_\_\_\_\_

Steuernummer: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter (z.B. Geschäftsführer, Vorstand):

\_\_\_\_\_

## HINTERLEGTE KREDITKARTE (BITTE KREUZEN SIE AN)

Zur direkten Abbuchung nach Check-Out:

Zur Sicherheit:

## KREDITKARTENDATEN

Name des Kartenbesitzers: \_\_\_\_\_

(Wie auf der Kreditkarte vermerkt)

Karte: VISA:  MC:  AMEX:  Diners:  JCB:

Kreditkartennummer: \_\_\_\_\_

Ablaufdatum: \_\_\_\_\_ Prüfziffer: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben zutreffend sind. Mit der Unterschrift ermächtige ich das Kameha Grand Bonn, uns die übernommenen Kosten in Rechnung zu stellen bzw. den Betrag unmittelbar (sofern oben vereinbart) oder nach Ablauf der vereinbarten Zahlungsfrist von 14 Tagen der angegebenen Kreditkarte (bei Beträgen ab 10.000,00 EUR zzgl. 2% Belastungsgebühren) zu belasten. Mit der Unterschrift bestätige ich, zu der Abgabe aller vorstehend gemachten Angaben, insbesondere zur Belastung der angegebenen Kreditkarte ermächtigt und befugt zu sein.

Kartenbesitzer (Druck): \_\_\_\_\_

Kartenbesitzer Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_