

**Kostenübernahmebestätigung Firmengäste
für die Übernachtung im RAMADA Hotel Friedrichroda,
Burchardtsweg 1, 99894 Friedrichroda**

(Bitte drucken Sie dieses Formular auf Ihrem Geschäftspapier aus
und faxen es ausgefüllt an Fax-Nr. 03623-352 500. Vielen Dank.)

Firmen-/ Rechnungsadresse

Firma _____

Ansprechpartner _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Informationen zum Gast

Anzahl der Zimmer: EZ: _____ DZ: _____

Anreise: _____ Abreise: _____

Bitte ankreuzen, welche Kosten von der Firma übernommen werden

Logis

Restaurant

Telefon/Fax

Name des Gastes

Bemerkungen/Sonstiges:

Hiermit erklären wir uns einverstanden, die abgesprochenen Kosten der oben genannten Gäste zu übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel