

Kostenübernahmeerklärung

(zur Vorlage beim Arbeitgeber*in bzw. bei abweichender Rechnungsadresse)

Hiermit erklären wir, dass wir

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Unternehmens/der Institution*	Anschrift* (Straße, Hausnr., PLZ/Ort)

als Arbeitgeber*in/ sonstiger Förderer unseres Mitarbeitenden:

Name, Vorname*

die Kosten für das

Seminar* (Titel o. Veranstaltungsnummer)

Seminardaten*: vom

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	.M	M	.J	J

bis

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	.M	M	.J	J

übernehmen.

Es werden die Seminarkosten in Höhe von:

Euro übernommen.

Die Rechnungsadresse lautet:

<input type="text"/>
Name des Unternehmens/der Institution*
<input type="text"/>
Ggf. Abteilung / Fachbereich
<input type="text"/>
Anschrift* (Straße, Hausnr., PLZ/Ort)
<input type="text"/>
Rechnung zu Händen
<input type="text"/>
Emailadresse für den Rechnungsversand*
<input type="text"/>
Telefonnummer für Rückfragen
<input type="text"/>

Bitte beachten Sie, dass unsere Rechnungen ausschließlich elektronisch versandt werden. Es ist daher zwingend erforderlich eine gültige Emailadresse des Rechnungsempfängers anzugeben.

ACHTUNG OPTIONAL

Bankverbindung /SEPA Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE84ZZZ00000987469

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige das DIW-MTA e.V., Zahlungen für das o.g. Seminar von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DIW-MTA e.V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<input type="text"/>
Kontoinhaber*in*
<input type="text"/>
IBAN*
<input type="text"/>
BIC*
<input type="text"/>
Bankinstitut*

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers*in/Institution, Dienststempel

*Pflichtfelder

per Fax: 030-37433785 oder per E-Mail: info@diw-mta.de

Deutsches Institut zur Weiterbildung für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin e.V.

