Zimmer- CHECKLISTE

Datum (letzter Stand):_____Seitenanzahl:_____

Firma:_____Teilnehmeranzahl:_____

Ansprechperson_____

Nahrungsunverträglichkeiten: ☐ Lactosefrei _____Portionen ☐ Glutenfrei _____Portionen
☐ Sonstiges:_____

Rechnungslegung:	Firma:	Teilnehmer
Zimmer/Frühstück	☐	☐
Alkoholfreie Getränke	☐	☐
Alkoholische Getränke	☐	☐
Spirituosen	☐	☐
Mittagessen à la carte	☐	☐
Abendessen à la carte	☐	☐

Rechnungsanschrift: _____ Firmen ATU-Nummer:

_____ _____

_____

Vorname	Nachname	Anreise	Abreise	Sonstiges