

TEILNAHMEFORMULAR

für Anwenderschulungen im Bereich Hospital von Löwenstein Medical SE & Co. KG

Teilnehmender Mitarbeiter _____
Dienstanschrift _____

Sehr geehrte(r) _____,

Löwenstein Medical SE & Co. KG beabsichtigt, Sie zu der unternehmenseigenen Fortbildungsveranstaltung mit der Bezeichnung _____ vom _____ bis _____ in Bad Ems einzuladen und die unten aufgeführten Kosten zu übernehmen. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie auf einige Aspekte zu den von uns übernommenen Kosten Ihrer Fortbildung hinweisen.

1. Löwenstein Medical SE & Co. KG beabsichtigt, für Sie folgende Kosten inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer zu übernehmen:

- € Hotel EUR 180
- € Bewirtung im Rahmen der Veranstaltung EUR 70
- € Reisekosten für diese Veranstaltung können leider nicht übernommen werden.

2. Aufgrund der steuerlichen Vorschriften sind Sie verpflichtet, die von uns übernommenen Kosten für Ihre Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung in Ihrer Steuererklärung zu berücksichtigen. Wir empfehlen, das Programm der Veranstaltung sowie alle Nachweise der Veranstaltung zu sammeln und im Falle der Überprüfung durch Ihr zuständiges Finanzamt diesem vorzulegen.
3. Die Gewährung der genannten Unterstützung steht hierbei in keinerlei Zusammenhang mit etwaigen Geschäftsbeziehungen zwischen uns und Ihrer Einrichtung. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Gewährung der Unterstützung nicht in der Erwartung erfolgt, dass diese Unterstützung bei zukünftigen Beschaffungs- und Ordnungsentscheidungen zugunsten von Produkten unseres Unternehmens Berücksichtigung findet. Ferner ist es aus rechtlichen Gründen erforderlich, dass Ihr Dienstherr bzw. Arbeitgeber (d. h. die Verwaltung Ihrer Einrichtung) mit unserer Unterstützung und Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung einverstanden ist und diese genehmigt.
4. Bitte senden Sie dieses Formular, aus dem sich die Genehmigung der Teilnahme an der genannten Veranstaltung sowie der Kostenübernahme durch Löwenstein Medical SE & Co KG ergibt, möglichst rasch an uns zurück. Ohne die vorherige Vorlage der Genehmigung kann eine Teilnahme an der Veranstaltung sowie eine Kostenübernahme durch Löwenstein Medical SE & Co. KG leider nicht erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Löwenstein Academy Team

GENEHMIGUNG

Wir haben das an den oben genannten Mitarbeiter gerichtete Schreiben zur Kenntnis genommen.

- Wir sind einverstanden, dass Frau/Herr _____ im Rahmen seiner Dienstausbübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird und genehmigen die angebotene Unterstützung.
- Wir sind einverstanden, dass Frau/Herr _____ außerhalb seiner Dienstausbübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird. Mit der angebotenen Unterstützung Ihres Unternehmens sind wir einverstanden und genehmigen diese.

Name in Druckbuchstaben _____
Funktion _____

Ort, Datum

Verwaltungsdirektor(in)/Geschäftsführung
Stempel, Unterschrift