

## Bestätigung der Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung aus beruflicher Veranlassung

### Angaben zum Beherbergungsbetrieb

Name:	
Ort:	
Strasse:	HausNr.
Anreise:	Abreise

### Angaben zur übernachtenden Person

Name/Vorname	
Titel	Geburtsdatum
Strasse	
PLZ/Ort	
Unterschrift Übernachtungsgast	

### Aussteller der Bescheinigung

Firma	<b>Pro Medico Medizinische Fortbildungsgesellschaft</b>		
Geschäftsführer	<b>Dr. med. Ansgar Römer</b>		
Strasse	<b>Dahlienstrasse 3</b>	Ort	<b>67112 Mutterstadt</b>

Wir sind Veranstalter einer Fortbildung, an der der oben genannte Beherbergungsgast aus **beruflicher Veranlassung** teilnimmt.

*Die Erklärung zur beruflichen Notwendigkeit einer Beherbergung erfolgt freiwillig und dient der Feststellung der Steuerpflicht. Wird die Erklärung beim Beherbergungsbetrieb nicht vorgelegt, ist der Beherbergungsbetrieb berechtigt, vom Gast am Tag der Abreise eine Übernachtungssteuer einzuziehen*



Dr. med. Ansgar Römer  
 Ärztlicher Ausbildungsleiter Pro Medico

**PRO MEDICO**  
 Postfach 1331 · D-67108 Mutterstadt  
 Telefon +49 (0) 18 05.34 32 32  
 www.Pro-Medico-Fortbildung.com  
 HRB Ludwigshafen/Rhein 4301