

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

### **Gewährung der direkten Übernahme von Kosten bezüglich Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen**

**Veranstaltung:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Termin:** \_\_\_\_\_

Die Octapharma GmbH unterstützt die Teilnahme von

**Name:** \_\_\_\_\_

**Dienstherr:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**an o.g. Veranstaltung in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Regelungen durch Übernahme der Kosten für Registrierung, Hotel und Reise (nach tatsächlichem Aufwand, gegen Vorlage der Originalbelege). Diese Unterstützung steht in keinerlei Zusammenhang zu Umsatzgeschäften und auch die Gewährung sonstiger Vorteile erwächst daraus nicht.**

Die Organisation erfolgt durch die Octapharma GmbH oder den Teilnehmer selbst. Im letzten Fall reichen Sie bitte die Originalbelege innerhalb von 4 Wochen nach Veranstaltungsende ein. Spätere Eingänge können bei der Reiseorganisation durch Octapharma nicht mehr berücksichtigt werden.

Eine Erstattung erfolgt auf Ihr nachfolgendes Privatkonto:

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**IBAN-Nr.:** \_\_\_\_\_ **BIC** \_\_\_\_\_

**Bankinstitut:** \_\_\_\_\_

**Verwendungszweck:** \_\_\_\_\_

(o.g. Zweckgebundenheit o. Kennwort/Kennziffer z. Identifikation angeben)

**Privatadresse:** \_\_\_\_\_

(Bei Überweisungen auf Privatkonten sind wir aus steuerlichen Gründen gehalten, Sie auch um die Angabe Ihrer Privatadresse zu bitten.)

**Wir sind mit der Teilnahme an o.g. Fortbildungsveranstaltung unseres Mitarbeiters und der Kostenübernahme für Übernachtung, Reisekosten und Registrierungsgebühren durch Octapharma GmbH einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel Verwaltung oder Geschäftsführung