# Schloss Mickeln Alt Himmelgeist 25

**Tagungs- und Gästehaus 40589 Düsseldorf**

**der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf** **schloss.mickeln@uni-duesseldorf.de**

 **Telefax 0211-60 18 70 22**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für den - i. S. der steuerrechtlichen Vorschriften - ordnungsgemäßen Betrieb von Schloss Mickeln sind wir seit dem 01.01.2004 gehalten, die verbindliche Reservierung nur bei Vorliegen bestimmter Informationen vorzunehmen. Eine verbindliche Reservierung erfolgt nur bei Ausfüllen und Unterzeichnen dieses Formulars.

Diesen Vordruck senden Sie bitte vollständig und **sorgfältig** ausgefüllt an die o.g. Kontaktdaten des Schlosses Mickeln zurück. Darüber hinaus ist eine Liste mit den Teilnehmenden sowie den Übernachtungsgästen zu übersenden. Ferner senden Sie dem Schloss Mickeln bis zum Beginn der Veranstaltung ein Programm der von Ihnen durchzuführenden Veranstaltung zu.

**Der Rechnungsempfänger und die Rechnungsanschrift sind bis zum Tag der Veranstaltung verbindlich festzulegen. Eine Änderung des Rechnungsempfängers/der Rechnungsanschrift ist nur bis zum Beginn der gebuchten Leistung möglich. Sollte nach Beendigung der Veranstaltung eine Änderung erforderlich sein, weisen wir darauf hin, dass dies höhere Kosten für die gebuchten Leistungen zur Folge haben könnte.**

**Bei Buchung von Tagungsräumen ( bitte alle Felder ausfüllen)**

**Name des Veranstalters / Datum /Ansprechperson (Vollständige Rechnungsanschrift)**

Datum d. Veranstaltung:

Uhrzeit:

Ansprechperson:

Zweck / Name der Veranstaltung (muss einen universitären Bezug haben):

**Bei Buchung von Übernachtungen (bitte alle Felder ausfüllen)**

**Name des Veranstalters/Ansprechperson (Vollständige Rechnungsanschrift)**

**Name des Übernachtungsgastes/Datum der Übernachtung** **(bitte teilen Sie uns die Ankunftszeit des Gastes mit - Anreisen sind bis 18:00 Uhr möglich).**

**Zweck der Übernachtung (muss einen universitären Bezug haben)**

**Welcher Einrichtung sind Sie zuzuordnen?**

**Universitätsklinikum Düsseldorf**

[ ]  Im Rahmen der Krankenversorgung **Kostenstelle: ……………………….**

(Angabe der UKD-Kostenstelle erforderlich; keine Innenauftragsnummer)

**Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf**

[ ]  Im Rahmen von Lehre und Forschung **Kostenstelle:** **…………………..….**

 (Unterschrift Kostenstellenverantwortlicher)

(Angabe der UKD-Kostenstelle erforderlich; keine Innenauftragsnummer)

**Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf** mit

[ ]  Wirtschaftswissenschaftlicher Fakultät

[ ]  Juristischer Fakultät

[ ]  Mathematisch-Naturwissenschaftlicher Fakultät

[ ]  Philosophischer Fakultät

[ ]  Zentraler Universitätsverwaltung

Die **HHU interne Verbuchung** der Rechnung erfolgt ausschließlich zu

 **Lasten der** **Kostenstelle: …………………..….**

 (Unterschrift Kostenstellenverantwortlicher)

(bitte für entsprechende Deckung der Kostenstelle Sorge tragen)

[ ]  **Sonstiges (Bitte den Namen der Organisation eintragen)**

………………………………………………………………………………

[ ]  **Gemeinnützig**

[ ]  **Nicht gemeinnützig**

29.08.2018

..…….…………………….…………………………………………………

**Datum Unterschrift & Stempel**

 **(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie**

 **die dienstliche Veranlassung der Veranstaltung)**