|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Absender: | Name, Telefonnummer-Nr.: | Datum: | Empfänger: |
|  |  |  | MAIL: **tkhamburg.1025@sodexo.com**Tel: 6909 1702 |

**Hinweise:**

 Die TK übernimmt **nur dann** die Kosten, wenn **externe TN** (siehe ArbA 9.52) an der Besprechung teilnehmen oder **besondere Anlässe** eine Bewirtung rechtfertigen. Namen der TN und Anlass der Bewirtung sollten für

Ihre Unterlagen dokumentiert werden. Bitte leiten Sie Ihre Anforderungen **spätestens 5 Tage** vor dem Veranstaltungstermin an den Empfänger weiter.

|  |  |
| --- | --- |
| **Art der Veranstaltung:**  |  |
| Datum:  |  |  Beginn (Uhrzeit ):  |  |  Ende:  |
| Raum-Nr.:  |  | Teilnehmer-/innen gesamt: |
| TN intern: | TN extern:  |

**Besprechungsräume der HV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eindeckung 1/ Uhrzeit:**  |  | **Eindeckung 2/ Uhrzeit:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Getränke** |  | **Eindeckung 1** | **Eindeckung 2** | **Verbrauch** | **Summe €** |
|  | Einzelpreis | Anzahl | Anzahl |  |  |
| Kaffee (Kanne) | 5,01 € |  |  |  |  |
| Tee (Kanne) | 5,01 € |  |       |  |  |
| Bismarck 0,25 l (still) | 1,00 € |  |  |  |  |
| Bismarck 0,25 l (med.) | 1,00 € |  |  |  |  |
| Bismarck 0,7l (med.) | 2,67 € |  |       |  |  |
| Bismarck 0,7l (still) | 2,67 € |  |       |  |  |
| Apfelsaft 0,2 l | 1,00 € |  |  |  |  |
| Orangensaft 0,2 l | 1,00 € |  |       |  |  |
| Multivitaminsaft 0,2 l | 1,00 € |       |       |  |  |
| Cola 0,2 l | 1,00 € |  |       |  |  |
| Cola light, zero 0,2 l | 1,00 € |  |  |  |  |
| Gebäckteller 150g | 1,00 € |  |  |  |  |
|  |  |       |  |  |  |
| Laugenkonfekt (3 Stück) | 3,28 € |       |       |  |  |
| Obstteller (3 Früchte) | 3,19 € |       |       |  |  |
| Obstspieße | 3,19 € |       |       |  |  |
| Sonstiges:       |

TK Form 1432 01/ 2024

|  |
| --- |
| **Hinweis: *pro Person wird ein Mindestumsatz von 3,00 € (netto) erhoben*.** **Bei Veranstaltungen ab 30 Personen entfällt der Mindestumsatz.**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |       |  Abteilung: | Kostenstelle:  |
| Postadresse:  |       |  Postadresse:  | Org ID:  |

**[ ]  Ich bezahle selbst [ ]  Die TK übernimmt die Kosten**