# Teilnahmeformular
# für Veranstaltungen von Löwenstein Medical

## Teilnehmende Person:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

## Dienstherr/Arbeitgeber der teilnehmenden Person:

Firmierung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

## AD-Mitarbeiter/in von :

Name, Vorname:

Abteilung:

---

Sehr geehrte(r) ,

Löwenstein Medical beabsichtigt, Sie zur unternehmenseigenen Fortbildungsveranstaltung mit der Bezeichnung Basic-Technikerschulung elisa am 21.10.2026 in Steinbach 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 beabsichtigt, für Sie folgende Kosten inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer zu übernehmen:

   a) für Reisekosten/Übernachtungskosten: EUR 100€

   b) Bewirtung im Rahmen der Veranstaltung: EUR 30€

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 ausschließlich betrieblichen 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 Verordnungsentscheidungen 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 Ihres Dienstherrn bzw. Arbeitgebers für die Teilnahme an der genannten Veranstaltung sowie für die Kostenübernahme durch Löwenstein Medical ergibt, möglichst rasch an uns zurück. Ohne die vorherige Vorlage der Genehmigung kann eine Teilnahme an der Veranstaltung sowie eine Kostenübernahme durch Löwenstein Medical leider nicht erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Löwenstein Medical SE & Co. KG

## Genehmigung:

Wir haben das an den/die oben genannte/n Mitarbeiter/in gerichtete Schreiben zur Kenntnis genommen.

☒ *Wir sind einverstanden, dass Frau/Herr _____ im Rahmen seiner/ihrer Dienstausübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird und genehmigen die angebotene Unterstützung.

☐ *Wir sind einverstanden, dass Frau/Herr _____ außerhalb seiner/ihrer Dienstausübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird. Mit der angebotenen Unterstützung Ihres Unternehmens sind wir einverstanden und genehmigen diese.

** Zutreffendes bitte ankreuzen.*

Name, Vorname des Unterzeichners: _____

Funktion des Unterzeichners: _____

_____ _____

Ort, Datum Stempel, Unterschrift (Dienstherr/Arbeitgeber)