

Ärztliche Bescheinigung zur Steuerbefreiung von der Übernachtungsteuer in Beherbergungsbetrieben in der Gemeinde Schönefeld

Zur Vorlage beim Beherbergungsbetrieb als Nachweis des medizinisch notwendigen Aufenthalts für die entgeltliche Übernachtung.

Praxis/Klinik, Anschrift, Praxisstempel:
(bitte in Druckbuchstaben angeben)

Hiermit bestätige/n ich/wir unserem/r Patienten/in

_____ ,

dass der Aufenthalt in Schönefeld vom _____ bis zum _____, sowie die
Betreuung durch _____

als Erziehungsberechtigte Person des/der minderjährigen Patienten/in zur medizinischen
Beobachtung notwendig ist.

Datenschutzhinweis

Die Abgabe dieser Bestätigung gegenüber dem Beherbergungsbetrieb erfolgt freiwillig und dient ausschließlich der Feststellung der Steuerpflicht. Die erhobenen Daten werden an die Gemeinde Schönefeld übermittelt, die berechtigt ist, die Angaben im Einzelfall zu überprüfen. Wird in die Datenverarbeitung nicht eingewilligt, wird die Übernachtungsteuer grundsätzlich erhoben.

Mit Abgabe dieser Bestätigung wird in die oben beschriebene Verarbeitung und Nutzung der Daten eingewilligt.

Weitere Hinweise

Bei inhaltlich unrichtigen oder gefälschten Angaben kann der Gast für die entgangene Übernachtungsteuer haftbar gemacht werden. Das Ausstellen einer falschen Bestätigung kann zudem als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

Datum, Unterschrift eines/r Unterschriftberechtigten der Praxis/Klinik