

Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage beim Beherbergungsbetrieb als Nachweis des medizinisch notwendigen Aufwands für die entgeltliche Übernachtung
Klinik/Praxis – Anschrift – : *(Bitte in Druckbuchstaben; ggf. Klinik-/Praxisstempel)*

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

_____ ,
dass der Aufenthalt in Potsdam vom _____ bis _____, sowie

die Betreuung durch

als Erziehungsberechtigte/r des minderjährigen Patienten zur medizinischen Beobachtung notwendig ist.

Hinweis zum Datenschutz

Die Abgabe dieser Bestätigung gegenüber dem Beherbergungsbetrieb ist freiwillig und dient ausschließlich zur Feststellung der Steuerpflicht. Die erhobenen Daten werden an die Landeshauptstadt Potsdam weitergeleitet, die sich das Recht vorbehält, die gemachten Angaben in Einzelfällen zu überprüfen.

Wird in dieses Vorgehen nicht eingewilligt, wird die Übernachtungsteuer grundsätzlich erhoben. Es besteht jedoch die Möglichkeit, im Nachhinein (bis zu drei Monate nach Ablauf der Frist zur Abgabe der Steuererklärung) die Erstattung der einbehaltenen Übernachtungsteuer unter Vorlage des Nachweises der medizinischen Notwendigkeit für die Übernachtung bei dem Beherbergungsbetrieb zu beantragen.

In die o. g. Verarbeitung und Nutzung der Daten wird mit Abgabe dieser Bestätigung eingewilligt.

Weitere Hinweise

Im Falle einer inhaltlich unrichtigen oder gefälschten Bestätigung kann der Gast für die entgangene Steuer in Haftung genommen werden. Das Ausstellen einer inhaltlich unrichtigen Bestätigung kann als Ordnungswidrigkeit verfolgt werden.

Datum, Unterschrift eines/r Unterschriftberechtigten der Klinik/Praxis