

# Ärztliche Bescheinigung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 der

## Beherbergungssteuersatzung der Gemeinde Neißeaue

### Angaben zum/r Patienten/in

1	Name	2	Vorname	3	Geburtsdatum
4	Straße			Haus-Nr.	
5	PLZ	Ort			

### Angaben zur Behandlung

6	Beginn	7	Ende
---	--------	---	------

### Aussteller der Bescheinigung

8	Name der Klinik/Praxis	
9	behandelnde(r)Ärztin/Arzt	
10	Straße	Haus-Nr.
11	PLZ	Ort
12	Telefonnummer(freiwilligeAngabe)	

Ich/wir versichere/n hiermit, dass die Behandlung an sich zwingend notwendig und eine Beherbergung in einer Beherbergungseinrichtung aufgrund der Behandlung unumgänglich war.

### 13 Begleitperson

Die Übernachtung einer Begleitperson ist aus medizinischen Gründen für die o. g. Behandlung erforderlich. ja nein

14 Name der für den Aussteller der Bescheinigung unterschriftleistenden Person in Druckbuchstaben

Datum, Stempel, eigenhändige Unterschrift eines/r Unterschriftberechtigten der Klinik/Praxis

### HINWEIS:

#### Unrichtige oder unvollständige Angaben über abgabenrechtlich erhebliche Tatsachen sind strafbar.

Gemäß §§ 90, 93 AO in Verbindung mit § 3 Absatz 1 SächsKAG ist der Verwaltungsverband Weißer Schöps/Neiße für die Gemeinde Neißeaue berechtigt, sich von dem Unterzeichner, erforderlichenfalls auch von dritten Personen oder Behörden, Nachweise zur Bestätigung der in dieser Erklärung gemachten Angaben vorlegen zu lassen.

Die Erklärung zur medizinischen Notwendigkeit einer Beherbergung erfolgt freiwillig.

Der Gast kann beim Verwaltungsverband Weißer Schöps/Neiße, Abteilung Steuern/Kasse unter entsprechender Nachweisführung (Rechnungskopie und ärztlicher Bescheinigung) die Rückerstattung der einbehaltenen Beherbergungssteuer beantragen. Bei Abgabe der Erklärung dienen die darin enthaltenen Daten ausschließlich der Erfüllung der Mitwirkungspflicht im Besteuerungsverfahren (§ 90 AO).