

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG DURCH DEN ARBEITGEBER COST COVERAGE DECLARATION BY THE EMPLOYER

1. Teilnehmerdaten

Student data

Vor-/Nachname

First name/surname

Geburtsdatum

(Date of birth)

Anschrift

Address

Weiterbildung

Further education

2. Die Zahlung erfolgt per Rechnung

Payment is via invoice

Die Zahlung erfolgt einmalig und muss spätestens zwei Wochen nach Weiterbildungsbeginn eingegangen sein.

Payment is made once and must be received no later than two weeks after the start of training.

3. Zahlstart

Start of payment

Mit Weiterbildungsbeginn
With studies starting

Ab Monat/Jahr
from month/year

Die Kostenübernahme erstreckt sich auf den Zeitraum der Beschäftigung des Teilnehmenden bei dem sich verpflichtenden Unternehmen. Bereits abgeschlossene Studiengebühren sind ausgeschlossen. Sollte der zugrundeliegende Studienvertrag oder diese Kostenübernahmeerklärung vor dem regulären Studienende beendet werden, so werden aufgrund des gewählten Zahlungsmodells überzahlten Studiengebühren pro rata, unbar auf ein durch Arbeitgeber benanntes Konto erstattet.

The cost coverage extends for the period of the student's work at the respective company. Any concluded study fees are excluded. If the underlying study contract or this cost coverage declaration are terminated before the regular end of studies, then the paid study fees are reimbursed pro rata, based on the selected payment model, non-cash to an account stated by the employer.

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG DURCH DEN ARBEITGEBER COST COVERAGE DECLARATION BY THE EMPLOYER

4. Arbeitgeberdaten/Rechnungsanschrift Employer details/invoice address

Firmenname

Company name _____

Ansprechpartner

Contact person _____

*E-Mail

*E-mail _____

Anschrift

Address _____

USt-ID

VAT ID _____

*Der Rechnungsversand erfolgt ausschließlich an die angegebene E-Mail-Adresse. *The invoice will be sent exclusively to the stated e-mail address.

 _____

Datum, Ort Date, place

 _____

rechtsverbindliche Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel
legally binding signature of the employer, stamp

5. Erklärung Teilnehmer:in Declaration by the student

Hiermit bevollmächtigt die/der unter 1. angegebene Teilnehmende den unter 4. angegebenen Arbeitgeber Auskünfte über Zahlungen, die im Zusammenhang mit dem bestehenden Weiterbildungsvertrag und dieser Kostenübernahme stehen zu erteilen. Nach Beendigung der Kostenübernahme erlischt diese Vollmacht automatisch.

Des Weiteren bestätigt die/der Teilnehmende, darüber informiert zu sein, dass sie/er weiterhin Vertragspartner der IU Internationalen Hochschule GmbH mit allen Rechten und Pflichten (inkl. Zahlungsverpflichtung) bleibt, Der Arbeitgeber und der Teilnehmende haften diesbezüglich gesamtschuldnerisch. Im Falle eines Zahlungsrückstands des Arbeitgebers geht die Forderung auf den Teilnehmende über und dieser wird wieder zum direkten Schuldner.

Herewith the student stated under 1. issues a mandate to the employer stated under 4. to provide information about payments in connection with the existing study contract and this cost coverage. Upon termination of the cost coverage, this mandate expires automatically.

In addition, the student confirms that they are informed that they remain a contracting partner of the IU University of Applied Sciences with all rights and duties (incl. payment obligation). The employer and the student are liable jointly and severally for this. In case of a payment default by the employer, the claim is transferred to the student who becomes once again the direct debtor.

 _____

Datum, Ort Date, place

 _____

rechtsverbindliche Unterschrift des Studierenden
legally binding signature of the student

Das vollständig ausgefüllte Formular firmenmäßig in Druckschrift, gestempelt und unterschrieben bitte eingescannt per Mail an finanzen-fernstudium@iu.org oder im Original per Post, an die IU Internationale Hochschule, Albert-Proeller-Str. 15-19, D-86675 Buchdorf schicken.

Please send the completed form in print, stamped, signed and scanned by e-mail to finanzen-fernstudium@iu.org or as an original copy by post to IU University of Applied Sciences, Albert-Proeller-Str. 15-19, D-86675 Buchdorf.

*Die englische Version dieses Antrages ist ausschließlich eine keine Bindungswirkung entfaltende Übersetzung, welche lediglich zur Information vorgelegt wird. Der in deutscher Sprache verfasste Antrag ist für beide Seiten bindend.

*The English version of this Application is a non-binding translation provided for information purposes only. The original German wording is binding in all respects.