BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.

Bestatterverband Bayern e. V.
-Geschäftsstelle-
Nymphenburger Straße 118
80636 München

Telefon +49 (0)89 12 66 45 50
Telefax +49 (0)89 12 66 45 51

geschaeftsstelle@
bestatterverband-bayern.de

AUFNAHMEANTRAG UNTERNEHMENSMITGLIEDSCHAFT

Ich stelle hiermit den Antrag zur Neuaufnahme in den Bestatterverband Bayern e. V. für

Firmenname _____

PLZ _____ Ort _____

Ich wünsche die Aufnahme ❍ rückwirkend zum 01.01. diesen Jahres ❍ zum 01.01. des kommenden Jahres

ANGABEN ZUM UNTERNEHMEN

Anschrift des Hauptbetriebes

_____

Telefon _____ Telefax _____

Email _____ Homepage: www. _____

Instagram _____ Facebook _____

In welcher Rechtsform wird das Unternehmen betrieben?

❍ oHG ❍ KG ❍ GmbH ❍ GbR ❍ Einzelfirma ❍ andere _____

Im Handelsregister eingetragen ?

❍ nein ❍ ja, Amtsgericht _____ Nr.: _____ seit: _____

Das Bestattungsgewerbe wird ausgeübt als

❍ Hauptgewerbe ❍ Nebengewerbe

Falls Nebengewerbe, welches Hauptgewerbe betreibt das Unternehmen?

_____

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.

Die Unternehmensgründung erfolgte im Jahr _____ (bitte Gewerbeanmeldung beifügen)

Name des Inhabers/der Inhaberin oder Geschäftsführers/Geschäftsführerin

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name(n) der/des Gesellschafters/Gesellschafterin

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist das Unternehmen unfallversichert?

❍ Verkehr ❍ SVLFG ❍ Verwaltung ❍ Holz

❍ andere _____

Anschrift(en) nicht selbständiger Filialbetriebe unter dem gleichen Firmennamen

(Für Filialbetriebe mit einem anderen Firmennamen ist eine gesonderte Vollmitgliedschaft erforderlich)

1. PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

2. PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

3. PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

(Für weitere bitte ein gesondertes Blatt mit gleichen Angaben beifügen)

Anzahl der Bestattungen der letzten drei Geschäftsjahre

Jahr 20____ Anzahl der Bestattungen _____ Jahr 20____ Anzahl der Bestattungen _____

Jahr 20____ Anzahl der Bestattungen _____

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.

ANGABEN ZU QUALIFIKATIONEN

Sind im Betrieb Personen beschäftigt, die eine der nachfolgenden Qualifikation nachweisen können?

Bestattermeister/in ❍ nein ❍ ja und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Geprüfte/r Bestatter/in ❍ nein ❍ ja und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Bestattungsfachkraft ❍ nein ❍ ja und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.

Geprüfte/r Thanatopraktiker/in ❍ nein ❍ ja und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift d. Antragstellers, Firmenstempel

Bitte fügen Sie dem Antrag folgendes bei:

- SEPA-Mandat (nächste Seite)
- Polizeiliches Führungszeugnis Inhaber/Geschäftsführer
- ggf. Qualifikationsnachweise (Bestattermeister, Bestattungsfachkraft, Geprüfter Bestatter, Geprüfter Thanatopraktiker) der vorstehend genannten Personen

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.

Gemäß § 9, Nr. 9 der Satzung des Bestatterverbandes Bayern e. V. werden fällige Beiträge im Lastschriftverfahren eingezogen. Bitte füllen Sie das nachfolgende SEPA-Lastschriftmandat aus und reichen es zusammen mit Ihrem Mitgliedsantrag ein. Eine Abbuchung erfolgt erst, wenn Ihre Mitgliedschaft bestätigt wird.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Bestatterverband Bayern e. V.
Nymphenburger Straße 118
80636 München

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE20ZZZ00000980667

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers] Bestatterverband Bayern e. V.
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Bestatterverband Bayern e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	

Ort, Datum	Unterschrift(en)