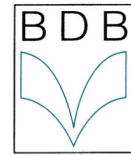


BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.



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 FAMILIENMITGLIEDSCHAFT

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

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

Ich bin mitarbeitender Familienangehöriger in der Firma

Firmenname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

Email _____ Homepage: www. _____

Ich bin der Ehegatte ein Kind die Schwiegertochter der Schwiegersohn

des Inhabers des Geschäftsführers des o. g. Mitgliedsbetriebes.

Ich bin hauptberuflich nebenberuflich seit _____ im o. g. Mitgliedsbetrieb beschäftigt.

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



ANGABEN ZUR QUALIFIKATION

Welche der nachfolgenden Qualifikationen können Sie nachweisen?

Bestattermeister/in (Funeralmaster) nein ja und zwar

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Geprüfte/r Bestatter/in nein ja und zwar

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Bestattungsfachkraft nein ja und zwar

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Geprüfte/r Thanatopraktiker/in nein ja und zwar

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

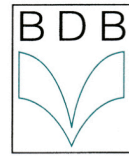
Welche bestattungsspezifischen Kenntnisse haben Sie durch Kurse, Schulungen etc. erworben?

(Datum, Thema/Fachgebiet, Veranstalter)

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragstellers

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)

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

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)