

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.



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

Nymphenburger Straße 118
80636 München

Telefon (089) 12 66 45 50
Telefax (089) 12 66 45 51

Geschäftsstellenleiter:
Jörg Freudensprung

IBAN:
DE16 7906 5028 0000 0712 00

AUFNAHMEANTRAG UNTERNEHMENSMITGLIEDSCHAFT

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

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

Firmenname _____

PLZ _____ Ort _____

ANGABEN ZUR FIRMA

Anschrift des Hauptbetriebes oder der selbständigen Niederlassung

Telefon _____ Telefax _____

Email _____ Homepage: www. _____

In welcher Rechtsform wird die Firma betrieben?

oHG KG GmbH GbR Einzelfirma andere _____

Im Handelsregister eingetragen ?

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

Das Bestattungsgewerbe wird ausgeübt als

Hauptgewerbe Nebengewerbe

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.



Falls Nebengewerbe, welches Hauptgewerbe betreibt die Firma?

Die Firmengründung erfolgte im Jahr _____ (bitte Gewerbeanmeldung beifügen)

Name des Inhabers

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name(n) der/des Geschäftsführer(s) / Gesellschafter(s)

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist der Betrieb unfallversichert?

Verkehr SVLFG Verwaltung Holz

andere _____

Anschrift(en) nicht selbständiger Zweigbetriebe

Firmenname (1) _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

Firmenname (2) _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

Firmenname (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 _____

ANGABEN ZUR QUALIFIKATION UND ZU DEN DIENSTLEISTUNGEN

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 _____

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 _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Bestattungsfachkraft nein ja und zwar

Name _____ Vorname _____

BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.



Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

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

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)