



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

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.

ANGABEN ZUR QUALIFIKATION

Welche der nachfolgenden Qualifikationen können Sie nachweisen?

Bestattermeister/in (Funeralmaster) nein ja und zwar

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

BESTATTERVERBAND BAYERN E. V.



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



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

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

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)