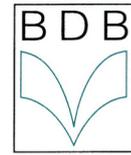


# BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.



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

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

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

Firmenname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

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

### ANGABEN ZUR FIRMA

Anschrift des Hauptbetriebes

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Homepage: www. \_\_\_\_\_

#### In welcher Rechtsform wird die Firma betrieben?

oHG  KG  GmbH  GbR  Einzelfirma  andere \_\_\_\_\_

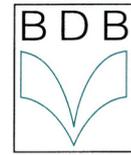
#### Im Handelsregister eingetragen ?

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 \_\_\_\_\_

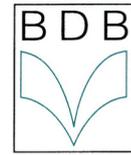
Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

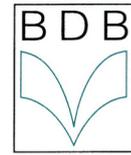
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Prüfung abgelegt am \_\_\_\_\_ HWK \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Prüfung abgelegt am \_\_\_\_\_ HWK \_\_\_\_\_

# BESTATTERVERBAND BAYERN E.V.



**Bestattungsfachkraft**       nein       ja und zwar

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

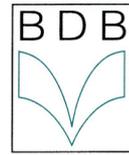
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

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]

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)