



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

im Bayerischen Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Bayern e.V.

DEHOGA Bayern

ab _____ / _____
Monat / Jahr (z.B. 02/2012)

Mitgliedsnummer:	Kreis-Nr.
------------------	-----------

Wird vom DEHOGA Bayern ausgefüllt!

Neuaufnahme Betriebswechsel Umschreibung Ich möchte / wir möchten Mitglied **ohne Tarifbindung** werden. Ja Nein

1 BETRIEB

Einzelbetrieb Hauptbetrieb Filialbetrieb _____
Mitgliedsnummer des Hauptbetriebes

Betriebsname Internet

Betriebsadresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon Fax E-Mail

Weitere Angaben

Zimmer Betten Appartements/Ferienwohnungen Sitzplätze (innen) Sitzplätze (ausen)

Vollzeitarbeiter/in Teilzeitarbeiter/in Geringfügig Beschäftigte Auszubildende Betriebsart

Es handelt sich um einen Eigentumsbetrieb Pachtbetrieb ... und Saisonbetrieb
 Ich bin / Wir sind Existenzgründer (im Sinne von §4 Abs. III der Satzung) und werde / n binnen 12 Monate einen Betrieb eröffnen.

2 KONZESSIONÄR

natürliche Person (Einzelunternehmer/in, GbR, etc.)

Anrede (Herr/Frau) Vorname Nachname Geburtsdatum Nationalität

juristische Person (GmbH, AG, etc.)

Firma wie im Handelsregister eingetragen; gilt nur für juristische Personen Handelsregister-NR
Geschäftsführer/ Gesellschafter/ Direktor/ Ansprechpartner (unzutreffendes bitte streichen)

Anrede (Herr/Frau) Vorname Nachname Geburtsdatum Nationalität

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon Fax E-Mail

weitere Ansprechpartner

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Bayerische Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Bayern e.V. die Daten, die sich aus den Antragsunterlagen ergeben, erhebt, verarbeitet und nutzt sowie zur eigenen Stammdaten- und Beitragsverwaltung oder zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben verwendet. Die Weitergabe meiner Daten an Dritte, mit Ausnahme an die DEHOGA Bayern Tochter Bayern Tourist GmbH (BTG) und Verwertungsgesellschaften – diesbezüglich stimme ich einer Weitergabe ausdrücklich zu –, ist ausgeschlossen. Durch die Mitteilung meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich weiterhin einverstanden, via Mail Mitgliederinformationen vom Bayerischen Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Bayern e.V. oder seiner Tochtergesellschaft BTG GmbH zu erhalten. Ich erhalte auf Anfrage Auskunft über meine beim Bayerischen Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Bayern e.V. gespeicherten Daten und kann ggf. deren Berichtigung, Löschung oder Sperrung verlangen. Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen gegenüber dem DEHOGA Bayern e.V. kostenfrei widerrufen werden. Sitz des Verbandes: München, VR 6432 Registergericht München

Ort, Datum Unterschrift KonzeSSIONÄR 1 / Geschäftsführer Unterschrift KonzeSSIONÄR 2

Ich erkläre, die Satzung des Bayerischen Hotel- und Gaststättenverbandes DEHOGA Bayern e.V. anzuerkennen. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist München.

Ort, Datum Unterschrift KonzeSSIONÄR 1 / Geschäftsführer Unterschrift KonzeSSIONÄR 2

Bitte schicken Sie die Verbandspost an die Adresse des: Betriebs KonzeSSIONÄRS

3 WEITERE ANGABEN

- Wir bilden aus**
- Köchin/Koch
 - Hotelfachfrau/-mann
 - Fachkräfte im Gastgewerbe
 - Restaurantfachfrau/-mann
 - Hotelkauffrau/-mann
 - Fachfrau/-mann für Systemgastronomie

- Ich hatte / wir hatten bereits einen Betrieb _____
Betriebsname und -anschrift
- Ich war / wir waren bereits Mitglied _____
ehemalige Mitgliedsnummer
- Der Vorgänger des Betriebes war _____
Name und neue Anschrift, wenn bekannt

4 MITGLIEDSBEITRAG

Den Mitgliedsbeitrag zahle ich

- jährlich per Bankeinzugsermächtigung (4% Nachlass)
- quartalsweise per Bankeinzugsermächtigung (2% Nachlass)

Senden Sie mir meine Rechnung bitte

per E-Mail an folgende Adresse (2% Nachlass)

5 ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS/ WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Zahlungsempfänger: Bayerischer Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Bayern e.V.
Prinz-Ludwig-Palais, Türkenstraße 7, 80333 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 86 ZZZ 000000 28588

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/ Wir ermächtige(n) den Bayerischen Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Bayern e.V., die Beiträge von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Bayerischen Hotel und Gaststättenverband DEHOGA 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoverbindung

Name des Kontoinhabers

Name der Bank

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtig! Mandat nur gültig mit Unterschrift

Genehmigt am	Unterschrift des Kreisvorsitzenden	Vermittler	Beitragsstufe
--------------	------------------------------------	------------	---------------

Wird vom DEHOGA Bayern ausgefüllt!

**DEHOGA Bayern
Premium-Partner**

