

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im:

DEHOGA-Fachverband Bremen-Nord e.V., Hinter dem Schütting 8, 28195 Bremen,  
Tel.: 0421 / 33 59 00, Fax: 0421 / 32 44 73, info@dehoga-bremen.de, www.dehoga-bremen.de

## Betriebsbezogene Angaben

Name des Betriebes:																											
Name und Rechtsform der Firma:																											
Name des Betriebs- / Konzessionsinhabers:																											
Straße / Hausnummer:																											
PLZ / Ort:																			Geb.-Datum:								
Telefon Betrieb:												Fax Betrieb:															
E-Mail:																											
Zahl der Beschäftigten über 16 Jahre (auch Familienangehörige, nicht jedoch die/der Ehegattin/Ehegatte und Auszubildende):																											
Vollzeit:				Teilzeit (auch "400-Euro-Kräfte")				Weitere Betriebe:		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>															
Betriebseröffnung:								Beginn der Mitgliedschaft:																			
Privatanschrift (Straße, Hausnr.):																											
Privatanschrift (Ort):																											
Telefon Privat:												Mobil:															

## Betriebsart

(zutreffendes bitte unterstreichen)

Gaststätte / Restaurant / Café / Eis-Café / Bar / Diskothek / Hotel / Gasthof / Pension / Imbiss / Bistro

oder: \_\_\_\_\_

## Nationalität Küche

(zutreffendes bitte unterstreichen)

Deutsch / Italienisch / Französisch / Spanisch / Brasilianisch / oder: \_\_\_\_\_

Die Aufnahmegebühr beträgt €

Der monatl. Beitrag von z.Zt. €    ,   wird jährlich , halbjährlich , vierteljährlich  erhoben.

Die Ermächtigung zum Bankeinzug wird widerruflich erteilt.

Datum \_\_\_\_\_ Rechtsverbindliche Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich den Antrag auf Mitgliedschaft im DEHOGA-FV HB und erkenne die bestehende Satzung an.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Wird nur vom Verband ausgefüllt:

Mitgliedsnummer-Nr.:												Beitragsstufe:													
Zahlungsart:						Eintrittsdatum:						Ausweis ausgest. am:													