

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und in Druckbuchstaben aus.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum DEHOGA Nordrhein e.V.
Die derzeit geltende Satzung des Verbandes habe ich erhalten.

- Unternehmensmitglied
 persönliches Mitglied
 förderndes Mitglied

INHABER/IN (privat) RECHTSVERTRETER/IN (Firma, z.B. GmbH)

Betriebs-Nummer _____

Konzessionsträger: Name des Inhabers oder Name der Firma (wie im Handelsregister eingetragen)

- Inhaber
 Geschäftsführer
 Handlungsbevollmächtigter

Anrede	Vorname	Name
Geburts-Datum	Nationalität	
PLZ	Ort	Straße und Hausnummer (Privatanschrift bei Inhaber oder Firmenanschrift, z.B. bei GmbH)
Telefon	Fax	Mobil

BEHERBERGUNGSBETRIEB **GASTSTÄTTENBETRIEB**

Name des Betriebes				
PLZ	Ort	Straße und Hausnummer (Betriebsanschrift)		
Telefon (Betrieb)		FAX (Betrieb)		
Internet-Adresse		E-Mail-Adresse		
Eröffnungsdatum	Anzahl der Beschäftigten:	Vollzeit	Teilzeit	Aushilfe

VERSANDADRESSE (nur eine Nennung möglich)

Betriebsanschrift Privatanschrift
 Abweichende Anschrift Firmenanschrift

RECHNUNGSADRESSE (nur eine Nennung möglich)

Betriebsanschrift Privatanschrift
 Abweichende Anschrift Firmenanschrift

PLZ Ort Straße und Hausnummer (Abweichende Anschrift)

BANKVERBINDUNG Ich ermächtige den DEHOGA Nordrhein e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge durch Lastschrift von meinem Konto abzubuchen. Unabhängig von der vereinbarten Zahlungsweise, wird lt. § 7 der geltenden Beitragsordnung bei Begründung der Mitgliedschaft ein ganzer Jahresbeitrag fällig.

Zahlungsrhythmus (nur bei Bankeinzug): jährlich (2 % Nachlass) halbjährlich* vierteljährlich*

Rechnungszahler (nur jährlich)

Kreditinstitut
BLZ Kontonummer
Kontoinhaber (Vor- und Nachname)

Ort, Datum Unterschrift
 (Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliedsdaten im Rahmen der verbandlichen Notwendigkeiten elektronisch verarbeitet werden.)

Quittung: Den ersten Jahresbeitrag in Höhe von _____ Euro habe ich heute erhalten. Unterschrift: _____

INFO-ERSTAUSSTATTUNG: BEREITS ÜBERGEBEN BITTE ZUSENDEN

Ort, Datum Unterschrift des Beauftragten Name des Beauftragten (in Druckbuchstaben)

* Siehe Beitragsordnung § 6 (grüner Durchschlag)

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und in Druckbuchstaben aus.

ALLGEMEINE UNTERNEHMENSDATEN

Besitzverhältnis:	<input type="checkbox"/> Eigentümer	<input type="checkbox"/> Pächter / Mieter			
Betriebsform:	<input type="checkbox"/> Einzelbetrieb	<input type="checkbox"/> Kettenbetrieb	<input type="checkbox"/> Franchisebetrieb		
Kooperation:	Mitglied:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, welche: _____		
Öffnungszeiten:	<input type="text"/>	Ruhetag:	<input type="text"/>	Anzahl weiterer gastronomischer Betriebe:	<input type="text"/>

BEHERBERGUNGSBETRIEB

<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Gasthof	<input type="checkbox"/> Gästehaus / Pension
<input type="checkbox"/> Hotel-Garni	<input type="checkbox"/> Boardinghouse	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

<input type="checkbox"/> Tagungsräume:	Anzahl _____	Plätze gesamt _____
<input type="checkbox"/> Wellness-Bereich		<input type="checkbox"/> Barrierefreiheit (behindertengerecht)

Betriebsgröße

<input type="checkbox"/> _____ Zimmer (Anzahl), hiervon behindertengerecht _____ (Anzahl)	<input type="checkbox"/> _____ Betten gesamt
---	--

Gültige Deutsche Hotel-Klassifizierung

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Interesse. Wir bitten um Kontaktaufnahme.
-----------------------------	-------------------------------	--

GASTSTÄTTENBETRIEB

<input type="checkbox"/> Speisegaststätte	<input type="checkbox"/> Restaurant	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Eiscafé	<input type="checkbox"/> Bar	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsverpflegung
<input type="checkbox"/> Schankgaststätte	<input type="checkbox"/> Trinkhalle	<input type="checkbox"/> Imbiss	<input type="checkbox"/> Bistro	<input type="checkbox"/> Diskothek	<input type="checkbox"/> Event-Location
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____					

Betriebsgröße

<input type="checkbox"/> Anzahl Sitzplätze _____ (Platzanzahl beinhaltet _____ Thekenplätze)
--

Außengastronomie / Terrasse

<input type="checkbox"/> Anzahl Sitzplätze _____
--

Nationale Ausrichtung des Angebots (z. B. italienisch)

Ausbildungsbetrieb / Ausbildungsberuf

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Koch / Köchin	<input type="checkbox"/> Hotelfachmann / -fachfrau	<input type="checkbox"/> Hotelkaufmann / -kauffrau
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Restaurantfachmann / -fachfrau	<input type="checkbox"/> Fachmann / Fachfrau für Systemgastronomie	<input type="checkbox"/> Fachkraft im Gastgewerbe