

Mitgliedsnummer: _____

Kreisverband: _____

(wird vom DEHOGA Brandenburg ausgefüllt)

Datenblatt

zum: _____ (Monat/Jahr)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im **Deutschen Hotel- und Gaststättenverband Brandenburg e.V.** (nachfolgend DEHOGA Brandenburg),
Schwarzschildstraße 94, 14480 Potsdam, Telefon: (0331) 86 23 68, Fax: (0331) 86 23 81, E-Mail: info@dehoga-brandenburg.de, Internet: www.dehoga-brandenburg.de

Angaben zum Betreiber/Betriebsinhaber Herr Frau

Betreiber (Name) _____
 Geschäftsführer (Name) _____
 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____
 Nationalität _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Mitgliedschaft

- wird **mit** Tarifbindung gewünscht
 wird **ohne** Tarifbindung gewünscht

Gesellschaftsform:

- natürliche Person¹ Juristische Person²

Telefon _____
 Fax _____
 Mobil _____
 E-Mail _____
 Internet _____

Angaben zum Betrieb

Betriebsstätte _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ/Ort _____
 Betriebseröffnung _____
 Saisonbetrieb _____
 Küchenrichtung _____
 Kooperation mit _____

Telefon _____
 Fax _____
 E-Mail _____
 Internet _____

- Einzelbetrieb Eigentümerbetrieb
 Kettenbetrieb Pachtbetrieb
 Franchisebetrieb

Beherbergungsbetrieb

- Hotel
 Hotel garni
 Pension
 Gasthof/Beherbergung
 Hostel
 Ferienwohnung
 Boardinghouse
 Motel
 Kurhotel/Sanatorium
 Erholungs-/Ferienheim
 Jugendherberge/-hütte
 Campingplatz
 Sonstiges

Gastronomiebetrieb

- Restaurant
 Schankwirtschaft/Kneipe
 Café/Bistro
 Imbiss/Stehauschank
 Eissalon/Eiscafé
 Diskothek/Tanzgastronomie
 Bar
 Systemgastronomie
 Gemeinschaftsverpflegung
 Caterer
 Autobahngastronomie
 Bahnhofsgastronomie
 Kantine
 Biergarten
 Event-Location
 Sonstiges

Ausbildungsangebot

- Restaurantfachleute
 Koch/Köchin
 Hotelfachleute
 Hotelkaufleute
 Fachkraft Gastgewerbe
 Systemgastronomen

Arbeitsplätze (Pflichtfeld)

Arbeitnehmer Vollzeit: _____
 Arbeitnehmer Teilzeit: _____
 Geringfügig: _____
 Auszubildende: _____

Hotelklassifizierung
 Anzahl der Sterne
 Zimmer gesamt
 davon barrierefrei
 Betten gesamt
 Sitzplätze gesamt

Bankverbindung

Kreditinstitut _____
 Kontoinhaber _____
 IBAN _____
 BIC _____
 Zahlung des Mitgliedsbeitrages Rechnung Lastschrift
 Zahlungsweise Jährlich Quartal

Bestehen weitere Betriebe: Ja* Nein

*wenn ja, weitere Meldung auf neuem Antragsformular

Ich erkläre, die Satzung des DEHOGA Brandenburg erhalten zu haben und in vollem Umfang anzuerkennen. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Potsdam.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der DEHOGA Brandenburg im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen ergeben, zur eigenen Stammdatenverwaltung und zur Veröffentlichung in Verbandspublikationen verwendet. Die Beitragsverwaltung erfolgt extern und wird durch unser Steuerbüro durchgeführt. Die Weitergabe meiner Daten an Dritte, mit Ausnahme der Partner des DEHOGA Brandenburg, ist ausgeschlossen. Durch die Mitteilung meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich weiterhin einverstanden, via E-Mail Mitgliedsinformationen vom DEHOGA Brandenburg oder seinen Partnern zu erhalten. Ich erhalte auf Anfrage Auskunft über meine beim DEHOGA Brandenburg gespeicherten Daten und kann ggf. deren Berechtigung, Löschung oder Sperrung verlangen. Sollte ich im Nachhinein Einwände gegen die Verarbeitung oder Nutzung meiner Daten haben, kann ich dem kostenfrei widersprechen.

Ort/Datum _____

Unterschrift1 _____

Unterschrift2 _____

Werber: _____

Beitragsstufe _____

(wird vom DEHOGA Brandenburg ausgefüllt)

¹natürliche Person: Einzelunternehmer, GbR ²Juristische Person: GmbH, UG, AG