

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 _____

Angaben zum Betrieb

Betriebsstätte _____

Straße, Nr. _____

PLZ/Ort _____

Betriebseröffnung _____

Saisonbetrieb _____

Küchenrichtung _____

Kooperation mit _____

Mitgliedschaft

 wird **mit** Tarifbindung gewünscht

 wird **ohne** Tarifbindung gewünscht

Gesellschaftsform:

 natürliche Person¹ Juristische Person²

Telefon _____

Fax _____

Mobil _____

E-Mail _____

Internet _____

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

 Hotelklassifizierung

 Anzahl der Sterne

 Zimmer gesamt

 davon barrierefrei

 Betten gesamt

 Sitzplätze gesamt

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: _____

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