

Mitgliedsnummer: _____

(wird vom DEHOGA Brandenburg ausgefüllt)



DEHOGA
BRANDENBURG

AUFNAHMEANTRAG Fördermitgliedschaft

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

Natürliche Person als Betreiber/Betriebsinhaber

Firma

☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Internet

Sonstige Vereinbarungen _____

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ zahle ich ☐ durch jährliche Abbuchung

☐ durch jährliche Rechnung

SEPA-Lastschriftmandat: Ich/ Wir ermächtige(n) den DEHOGA Brandenburg, die Beiträge von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom DEHOGA Brandenburg auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtig! Mandat nur gültig mit Unterschrift

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

Datenschutz/ Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO): Ich willige ein, dass der DEHOGA Brandenburg in erforderlichem Umfang Daten, die sich aus den Auftragsunterlagen ergeben, zur eigenen Stammdatenverwaltung verwendet. Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art 6 Abs. 1 DSGVO sind in der Datenschutzerklärung des DEHOGA Brandenburg auf der Homepage hinterlegt und wurden zur Kenntnis genommen, ebenso wie meine Rechte aus der DSGVO. Die Beitragsverwaltung erfolgt extern und wird durch ein Steuerbüro durchgeführt. Die Weitergabe meiner Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Ich willige weiterhin in folgende Vorgänge ein:

- ☐ Informationen in Verbandspublikationen sowie Social-Media-Kanälen zu veröffentlichen (Jubiläum, Geburtstag, Informationen zur Person und dem Betrieb). Für ein Foto wird eine separate Einwilligung eingeholt.
- ☐ über den Newsletter des DEHOGA Brandenburg Informationen zur Branche, zum Verband und zu den Angeboten der Partner zu erhalten
- ☐ Daten an die Partner des DEHOGA Brandenburg weiterzuleiten, damit ich/wir in den Genuss von Angeboten und Sonderkonditionen kommen.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift 1

Unterschrift 2

Werber: _____

Beitragsstufe _____

(wird vom DEHOGA Brandenburg ausgefüllt)