

BESTATTERVERBAND SAARLAND E.V.



An den
Bestatterverband Saarland e.V.
-Geschäftsstelle-
Hospitalstr. 33
6606 St. Wendel
Tel. 06851 2491
Fax 06851 85473

Aufnahmeantrag Vollmitgliedschaft

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Ich stelle hiermit den Antrag zur Neuaufnahme in den Bestatterverband Saarland e.V. für die Firma

Firmenname _____

PLZ _____ Ort _____

Angaben zur Firma

Anschrift des Hauptbetriebes oder der selbständigen Niederlassung

Telefon _____ Telefax _____

Email _____ Homepage: www. _____

In welcher Rechtsform wird die Firma betrieben?

oHG KG GmbH GbR Einzelfirma andere _____

Im Handelsregister eingetragen?

nein ja, Amtsgericht _____ Nr.: _____ seit: _____

Das Bestattungsgewerbe wird ausgeübt als

Hauptgewerbe Nebengewerbe

BESTATTERVERBAND SAARLAND E.V.



Anzahl der Bestattungen der letzten drei Geschäftsjahre

Jahr 20__ Anzahl der Bestattungen _____ Jahr 20__ Anzahl der Bestattungen _____

Jahr 20__ Anzahl der Bestattungen _____

Angaben zur Qualifikation und zu den Dienstleistungen

Sind im Betrieb Personen beschäftigt, die eine der nachfolgenden Qualifikationen nachweisen können?

Bestattermeister/in (Funeralmaster) nein ja, und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Geprüfte/r Bestatter/in nein ja, und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Bestattungsfachkraft nein ja, und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

BESTATTERVERBAND SAARLAND E.V.



Geprüfte/r Thanatopraktiker/in nein ja, und zwar

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Name _____ Vorname _____

Prüfung abgelegt am _____ HWK _____

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragstellers, Firmenstempel

BESTATTERVERBAND SAARLAND E.V.



Falls Nebengewerbe, welches Hauptgewerbe betreibt die Firma?

Die Firmengründung erfolgte im Jahr _____ (bitte Gewerbeanmeldung beifügen)

Name des Inhabers

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name(n) der/des Geschäftsführer(s) / Gesellschafter(s)

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist der Betrieb unfallversichert?

Fahrzeughaltung Gartenbau Verwaltung Holz

andere _____

Anschrift(en) nicht selbständiger Zweigbetriebe

Firmenname (1)

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

Firmenname (2)

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

Firmenname (3)

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Telefax _____

(für weitere bitte ein gesondertes Blatt mit gleichen Angaben beifügen)