

# 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.



Gepüfte/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)