

Beitrittserklärung zum DEHOGA Ostwestfalen e.V.



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum DEHOGA Ostwestfalen e.V.



01 Angaben zum Antragsteller (nat. Person)

Eintrittsdatum Mitgliednummer*

Herr Frau
Vorname Familiennamen

Geburtsdatum Funktion

02 Angaben zum Betrieb/Firma

Name des Betriebes Website

Firma, wie im Handelsregister eingetragen; gilt nur für juristische Personen Eröffnungsdatum

Geschäftsführer/Gesellschafter/Direktor/Ansprechpartner (Unzutreffendes bitte streichen)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Telefax E-Mail

03 Privat

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Mobil E-Mail

04 gesonderte Rechnungs- anschrift

Straße Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Mobil E-Mail

05 Anzahl der Beschäftigten

Vollzeit Teilzeit Aushilfe Beitragsstufe* Euro*

Ruhetag Betriebsvorgänger

Eigentum Pacht

Weitere Betriebe Ja Nein
→ Hierfür bitte eine gesonderte Erklärung ausfüllen

06 Allgemeine Betriebsdaten

Hotel:	<input type="radio"/> Stadthotel	<input type="radio"/> Garni	Restaurant:	<input type="radio"/> Traditionell	<input type="radio"/> Club/Disco	<input type="radio"/> Imbiss/Fastfood
	<input type="radio"/> Landhotel	<input type="radio"/> Tagungen		<input type="radio"/> International	<input type="radio"/> Kantine	<input type="radio"/> Franchisebetrieb
	<input type="radio"/> Ferienhotel	<input type="radio"/> Wellness/Schwimmbad		<input type="radio"/> Catering	<input type="radio"/> Kneipe	Sonstige Betriebsart:
	<input type="radio"/> Pension/Gasthaus			<input type="radio"/> Biergarten	<input type="radio"/> Bar/Cafe/Bistro	<input type="text"/>

07 Ausbildungs- betrieb:

Ja Nein

Fachkraft Küche Koch/Köchin Fachkraft für Gastronomie

Fachmann/Fachfrau für Restaurants- und Veranstaltungsgastronomie Fachmann/Fachfrau für Systemgastronomie Hotelfachmann/Hotelfachfrau Kaufmann/Kauffrau für Hotelmanagement

* Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung. Dadurch erhält der Vertrag seine Gültigkeit.

Datenverarbeitung gemäß Datenschutzgrundverordnung

Ihre personenbezogenen Daten werden vom DEHOGA Ostwestfalen e.V. gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem deutschen Datenschutz in (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmung werden Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung von Leistungen und Sonderkonditionen (GEMA und weitere Kooperationspartner) weitergegeben und genutzt. Jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen erfolgt nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerrufsrecht

Sie sind gemäß § 34 BDSG jederzeit berechtigt, gegenüber dem DEHOGA Ostwestfalen e.V. umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 35 BDSG können Sie jederzeit die Berechtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus und jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an den DEHOGA Ostwestfalen e.V. (info@dehogaow.de) übermitteln.

Die Erklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten nach DSGVO sowie die Belehrung meiner Betroffenenrechte habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.
Weitere Hinweise zum Datenschutz: <https://www.dehogaow.de/hilfsnavigation/datenschutzerklaerung/>.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum DEHOGA Ostwestfalen e.V.



Ort, Datum

Unterschrift

Zahlung per Rechnung (Gebühr 6€ halbjährlich).

Erteilung eines SEPA Basislastschriftmandates

DEHOGA Ostwestfalen e.V., Niederwall 47, 33602 Bielefeld
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09 ZZZ00000 419235
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer bei uns



Ich ermächtige den DEHOGA Ostwestfalen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Halbjahresbeitrag zum 01.01. und 01.07. eines jeden Jahres fällig.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.



Vorname

Name (Kontoinhaber)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Bankverbindung

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ich wünsche zusätzlich die Zusendung einer Rechnung (bei SEPA -Lastschrift kostenfrei).

Ort, Datum

Unterschrift