

Hotela Nr. _____

Antrag Mitgliedschaft Kategorie R: RESTAURANT

ANTRAGSTELLER

Unternehmen	
Restaurant	
Strasse, Nr.	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Adresse Webseite	

Rechnungsadresse

BETRIEBSLEITUNG / DIREKTION

Name / Vorname	
Persönliche E-Mail-Adresse	

SOZIALVERSICHERUNGEN

Ausgleichskasse AHV/IV/ALV/EO	<input type="checkbox"/> HOTELA <input type="checkbox"/> andere
Berufliche Vorsorge (2. Säule)	<input type="checkbox"/> HOTELA <input type="checkbox"/> andere
Familienausgleichskasse	<input type="checkbox"/> HOTELA <input type="checkbox"/> andere
Krankentaggeldversicherung	<input type="checkbox"/> HOTELA <input type="checkbox"/> andere
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> HOTELA <input type="checkbox"/> andere

Der/die Unterzeichnende erklärt, vom Reglement über Mitgliederbeiträge vom HS BPM Kenntnis genommen zu haben und sich ihnen, im Falle seiner Aufnahme als Mitglied, ohne jeden Vorbehalt zu unterziehen. Er/sie anerkennt deshalb dieses Aufnahmegesuch als Rechtsöffnungstitel gemäss Artikel 82 SchKG für die entsprechenden Jahresbeiträge.

Ort, Datum :

Unterschrift :

Bitte Antrag unterschreiben und
einsenden an:

HOTELA
Rue de la Gare 18
Postfach 1251
1820 Montreux 1

Nach der Bearbeitung durch die Hotela, bitte das Formular (inkl. Hotela Nr.) per E-Mail an Hotellerie Bern+ Mittelland (hotellerie@bernplussmittelnd.ch) senden.

AUSGEFÜLLT DURCH HOTELLERIE BERN+MITTELLAND

Ort, Datum :

Unterschrift :