

Antrag

zur Aufnahme als ordentliches Mitglied im DRV



Deutscher Reiseverband
Mitgliederservice
Schicklerstraße 5-7
10179 Berlin



Ja, ich will ordentliches Mitglied im Deutschen Reiseverband werden.
Von der Satzung und der Beitragsordnung habe / n ich / wir Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten

AUSKÜNFTE

1

Firmierung

Anschrift

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Vorwahl / Telefon

Telefax

Firmen-E-Mail

Homepage

Die unterzeichnende Firma hat:

ein Ladengeschäft

ein Etagenbüro

ein Online-Unternehmen

Filialen

Anzahl

Bitte Angabe der Anschriften auf einem extra Blatt / Firmenbogen.

2

Rechtsform	<input type="text"/>	Angemeldete Tätigkeit	<input type="text"/>
Handelsregister-Eintragung Nr.	<input type="text"/>	am	<input type="text"/>
Amtsgericht	<input type="text"/>		
Gewerbeanmeldung	am <input type="text"/>	Gewerbeamt	<input type="text"/>
Gesellschafter	<input type="text"/>		
Tochterunternehmen	<input type="text"/>		

Bitte fügen Sie eine Kopie der Gewerbeanmeldung bzw. des Handelsregister-Eintrags bei!

3

Inhaber und/oder Geschäftsführer des Antrag stellenden Unternehmens

3.1

Name	<input type="text"/>	Akadem. Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Funktion	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

3.2

Name	<input type="text"/>	Akadem. Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Funktion	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

3.3

Name	<input type="text"/>	Akadem. Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Funktion	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

3.4 Ansprechpartner für den DRV (wenn abweichend)

Name	<input type="text"/>	Akadem. Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Funktion	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		

Wer soll schriftliche Informationen des Verbandes (z. B. Mitgliederrundschreiben) erhalten?

<input type="checkbox"/> 3.1	<input type="checkbox"/> 3.2	<input type="checkbox"/> 3.3	<input type="checkbox"/> 3.4
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

4 Nachweis der fachlichen Tätigkeit

im Reisegewerbe ohne Ausbildungszeiten, entsprechend Satzung § 5 Absatz II

- über eine mindestens fünfjährige unselbstständige Tätigkeit
- über eine mindestens dreijährige selbstständige Tätigkeit in der Branche
- für den Inhaber
- für einen leitenden Angestellten

Bitte kreuzen Sie **Zutreffendes** an und fügen Sie ggf. Kopien der Tätigkeitsnachweise bei.

5 Zahl der Beschäftigten

(inkl. aller Filialbetriebe anhand der Meldung an die Berufsgenossenschaft)

Geschäftsführer / Inhaber	<input type="text"/>	
Angestellte (Vollzeit)	<input type="text"/>	
Angestellte (Teilzeit)	<input type="text"/>	Bitte ermitteln Sie diese wie folgt: Angestellte Teilzeit =
Zahl der Beschäftigten gesamt	<input type="text"/>	<hr/> Jahresgesamstundenzahl aller Teilzeitbeschäftigten
Auszubildende (nur zur statistischen Erfassung)	<input type="text"/>	<hr/> 2004 Stunden

Zuordnung in die DRV-Bereiche (bitte **Zutreffendes** ankreuzen)

<input type="checkbox"/> konzernungebundene (i.d.R. inhabergeführte) Reisemittler (Säule A)	Beschäftigte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> konzerngebundene Reisemittler (Säule B)	Beschäftigte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> konzernungebundene Reiseveranstalter (Säule C)	Beschäftigte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> konzerngebundene Reiseveranstalter (Säule D)	Beschäftigte	<input type="text"/>

Unternehmen, die sowohl als Reiseveranstalter und Reisevermittler tätig sind, können sich auch zwei Säulen zuordnen. Die Zuordnung erfolgt durch Aufteilung der im Punkt 3 genannten Beschäftigtenanzahl in die jeweilige Säule, die Beitragsberechnung erfolgt auf Grundlage der Beitragsordnung entsprechend den Beschäftigtenangaben je Säule.

6

Touristische Tätigkeit

a) bei **Reisemittlern**: vorhandene Lizenzen / Agenturverträge

<input type="checkbox"/> IATA-Lizenz	Agt.-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DB-Lizenz	Agt.-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> TUI	Agt.-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DERTOUR	Agt.-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> weitere Partner /Spezialisierung		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

Mitgliedschaft in Kooperationen / Franchiseverbänden ja welche

b) bei **Reiseveranstaltern**: Spezialisierung

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Wenn Printmedien verfügbar: Bitte fügen Sie ein Exemplar Ihres aktuellen Prospekts/Kataloges/Programms bei.

Mit welcher Versicherung oder Bank haben Sie eine Vereinbarung über die Absicherung Ihrer Kundengelder gemäß § 651 k, BGB getroffen?

<input type="text"/>

Bitte fügen Sie unbedingt eine Bestätigung Ihrer Versicherung bei.

7 Referenzen: Bitte geben Sie zwei Referenzadressen an.

7.1 Zwei DRV-Mitglieder und/oder Steuerberater

Referenz 1

Anschrift

Ansprechpartner

E-Mail-Adresse

Referenz 2

Anschrift

Ansprechpartner

E-Mail-Adresse

7.2 Geschäftsbank

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Name Kreditinstitut

PLZ und Ort des Kreditinstitutes

Als Gewerbetreibender oder Freiberufler erteile ich hiermit eine Ermächtigung zur Auskunftseinholung bei meiner o.g. Bank

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten

Ich / wir versichere / n, dass sämtliche Angaben den Tatsachen entsprechen.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten

Ihre Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages auf Mitgliedschaft und – nach erfolgter Aufnahme in den DRV – zum Zwecke der Betreuung und Information im Rahmen der Mitgliedschaft in elektronischen Datenverarbeitungssystemen verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.



Deutscher Reiseverband
Mitgliederservice
Schicklerstraße 5-7
10179 Berlin

Gläubiger Identifikationsnummer
Mitgliedsnummer (Mandatsreferenz)

DE29ZZZ00000000223

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Deutschen Reiseverband, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Reiseverband auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte füllen Sie die Felder in Druckschrift aus. Vielen Dank!

Kontoinhaber	<input type="text"/>	
Anschrift	Straße	<input type="text"/>
	Nr.	<input type="text"/>
	PLZ	<input type="text"/>
	Ort	<input type="text"/>
Name Kreditinstitut	<input type="text"/>	
IBAN	<input type="text"/>	
BIC	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort, Datum		Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten