

MITGLIED WERDEN

Mitgliedsnummer _____

Firmenname

Straße PLZ Ort.....

Telefon Fax

eMail

Mitarbeiter-Anzahl davon im Verkauf Azubi

Hiermit beantrage ich die volle Mitgliedschaft in der AGA mit allen Rechten und Pflichten.

Hiermit beantrage ich/wir widerruflich die Testmitgliedschaft bei der AGA für das laufende Jahr. In dieser Zeit bin ich / sind wir von den Mitgliedsbeiträgen befreit. Falls kein Widerspruch eingelegt wird, beantrage ich die reguläre Mitgliedschaft zu Beginn des kommenden Jahres.

Ort Datum Stempel/Unterschrift.....

ZUR VERVOLLSTÄNDIGUNG DER MITGLIEDSDATEN BITTEN WIR SIE NOCH UM FOLGENDE ANGABEN:

RechtsformVKF

Gründung (MMJJJJ) Branche

Inhaber (Name, Vorname)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Adresse

Die von der AGA empfohlenen Kernöffnungszeiten halten wir ein (Einzelhandel)

Ja.

Nein. Wir haben folgende Öffnungszeiten:

.....

.....

An der von der AGA empfohlenen Parkgeldrückerstattung nehmen wir teil

Ja.

Nein.

Auf der AGA-Internetseite soll mein/unser Sortiment folgendermaßen aufgenommen werden:

.....

.....