

Rückfaxnummer für Partner-Antrag: 089 - 20801 – 1922, Telefonische Rückfragen unter : 089 - 262083 – 1340

Partner-Antrag – Hauswirtschaftliche Dienste

Angaben zum Hauptbetrieb:

Firmenname: _____

Unternehmensform: _____
 (GmbH, KG, oHG, GbR, e.V.)

Gewerbe seit: _____

Ansprechpartner: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____

Rufbereitschafts-Nr.(außerhalb der Geschäftszeiten): _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Inhaber bzw. gesetzlicher Vertreter: _____

Bankverbindung:

Bank: _____

IBAN: _____

Swift-BIC: _____

Geschäftszeiten: _____

Verfügt Ihr Unternehmen über Zweigbetriebe / Filialen / Niederlassungen?

Ja (bitte Formular Nebenbetriebe anfordern) Nein

Angaben zu Mitarbeitern:

(Welche Qualifikation / Ausbildung besitzen die Mitarbeiter Ihres Unternehmens?)

Anzahl	Qualifikation / Ausbildung der Mitarbeiter
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Betreuungsgebiete:

Bitte geben Sie uns Ihren Einsatzradius an:

(Für Zweigbetriebe / Filialen / Niederlassungen bitte separat auf Firmenprofil für Nebenbetriebe angeben)

- bis 5 km bis 10 km bis 15 km bis 20 km
- bis 30 km bis 40 km bis 50 km über 50 km

Angaben zum Leistungsspektrum:

- Einkaufsservice**
- Wohnungsreinigung und Wäscheservice**
- Menüservice**
- Leistung wird selbst erbracht
- Leistung wird an folgendes Dritt-Unternehmen weitergegeben:

- Bring- / Begleitservice bei Arzt- oder Behördengängen**
- Leistung wird selbst erbracht
- Leistung wird an folgendes Dritt-Unternehmen weitergegeben:

- Gartenpflege und Schneeräumdienst**
- Leistung wird selbst erbracht
- Leistung wird an folgendes Dritt-Unternehmen weitergegeben:

- Kinderbetreuung**
- Betreuung ist nicht möglich
- Betreuung ist möglich

- Haustierbetreuung**
- Betreuung ist nicht möglich
- Betreuung ist möglich (z.B. Hund, Katze usw.)

- Sonstiger Service**

Sonstige Informationen zu Ihrem Unternehmen:

Angaben zu Versicherungen:

Alle Mitarbeiter sind ausreichend über die Betriebshaftpflichtversicherung des Unternehmens oder über eine eigene Haftpflicht abgesichert: **Ja** **Nein**

Deckungssumme für Sach- und Vermögensschäden: _____ €

Deckungssumme für Personenschäden: _____ €

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen in Kopie bei:

Bescheinigungen / Nachweise:

- Nachweis für den Eintrag ins Handelsregister, Gewerbe-Anmeldung bzw. Vereinsregisterauszug
- Hauspreisliste (inklusive Sonn- und Feiertagszuschlag, An- und Abfahrtsgebühren)
- Muster eines Privat-Vertrages, der zwischen Ihrem Unternehmen und dem Pflegebedürftigen geschlossen wird

Wird von AGA ausgefüllt:

Versicherungsnachweise (in Kopie) inkl. Aufführung der Deckungssummen:

- Betriebshaftpflichtversicherung

Hiermit versichern wir Ihnen, dass Ihre von uns erhobenen Daten entsprechend den einschlägigen Datenschutzbestimmungen, insbesondere des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), in seiner jeweils gültigen Fassung behandelt werden.



Ort

_____. _____. _____.
Datum

Ihre Unterschrift und Firmenstempel