



## BEITRITTSERLÄRUNG

1. **Genaue Firmenbezeichnung** \_\_\_\_\_

2. **Firmeninhaber** (bei einer AG: Name des Delegierten des Verwaltungsrates und des Verwaltungsratspräsidenten) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Strasse** \_\_\_\_\_

4. **Postleitzahl und Ort** \_\_\_\_\_

5. **Telefon- und Faxnummer** T: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_

6. **Homepage und e-mail** <http://www.> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

7. **Handelsregistereintrag seit** \_\_\_\_\_ (Kopie des Auszuges beilegen)

8. **Geschäftseröffnung** (Gründungsjahr) \_\_\_\_\_

(falls Umbenennungen, frühere Namen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. **Firmenzweck** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. **Anzahl Beschäftigte**

• Administration \_\_\_\_\_

• Betrieb \_\_\_\_\_

davon: - Berufsarbeiter \_\_\_\_\_

Starkstrom Schwachstrom Planung Gebäudeinform. Elektrokontr.

- Hilfsmonteure \_\_\_\_\_

davon: \_\_\_\_\_

- Lernende \_\_\_\_\_

davon: \_\_\_\_\_

11. Falls GAV unterstellt:  
**Rechnen Sie bereits Berufsbeiträge über die Paritätische Kommission ab?**  ja  nein

12. Sind Sie Mitglied in einem anderen Verband?  ja  nein

wenn ja, in welchem?

---

13. Filialen / Niederlassungen

(Adresse, Tel. Nr., Kontaktperson)

---

---

14. Verkaufsgeschäft (Laden)

ja  nein

- genaue Adresse(n) und Telefonnummer

---

---

---

Kontaktperson (inkl. Tel. Nr. direkt)

---

Reparaturservice

ja  nein

Sortiment

Grossgeräte  Kleingeräte  Leuchtkörper

andere \_\_\_\_\_

---

---

15. Angeschlossene Firma(en)

Adresse, Ort (Kontaktperson)

---

---

---

Hiermit erkläre(n) ich (wir), die Statuten sowie die damit zusammenhängenden Verpflichtungen (u.a. das Submissionsreglement) einzuhalten.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

# VERTRAULICHES PERSONALBLATT

(Ist vom Betriebsinhaber oder Geschäftsführer auszufüllen)

**Name und Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Privatadresse** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Ausübende Funktion** \_\_\_\_\_

**Ausbildungsangaben** \_\_\_\_\_

• Lehre \_\_\_\_\_

• Grundausbildung \_\_\_\_\_

• Spezialausbildung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Spezielle Kenntnisse** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erfahrungen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Werden Telematik-Inst. ausgeführt?**  ja  nein

**Installationsbewilligung vorhanden?**  ja  nein

Nr. \_\_\_\_\_

Falls nicht selber im Besitz der Bewilli-

gung, Name und Adresse des Bewilli-

gungsgebers (Konzessionär). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kontrollbewilligung vorhanden?**  ja  nein

Nr. \_\_\_\_\_

**Referenz** (von einem bestehenden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitglied) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_