

Arbeitsnachweis für | | | | | | | |--|--|---|---|--|--| | | | 2 | 0 | | | |--|--|---|---|--|--| KW Jahr



Große Allee 32 - 89407 Dillingen

stunden@worx-24.de

09071-7979 664

Pers.Nr., _____ Name, Vorname _____

Beginn am Vorabend	Datum TT.MM.JJJJ	Beginn Std/min	Ende Std/min	Dauer Std/min	bezahlt Std/min	Bemerkung z.B. Urlaub, Gleitzeit etc.
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Datum _____

Unterschrift Mitarbeiter/-in _____

Std bezahlte Arbeitszeit / Woche
--

Bitte sorgfältig ausfüllen. Die hier bescheinigten Zeiten gelten verbindlich als geleistete Arbeitszeit.

Stempel+ Unterschrift Kunde _____

Firma, Stempel _____

Abteilung _____

Einsatzort _____

Name (Unterschriftsberechtigter) _____

Datum _____