

Tätigkeits- / Stundennachweis

Mitarbeiter (Name, Vorname)



Kunde

Einsatzort



Da die Stundenzettel maschinell erfasst werden, bitten wir Dich, diese deutlich auszufüllen. Vielen Dank!

Zeitraum

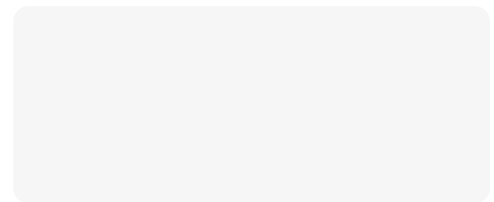
von

bis

Seite 1 pacuramed
Seite 2 Kunde
Seite 3 Mitarbeiter

	Datum	Arbeitszeit				Pause	Bemerkungen (z.B. Bereitschaftsdienst o. Rufbereitschaft)	Bitte ankreuzen	
		von (Std. Min.)		bis (Std. Min.)					
Mo						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause
Di						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause
Mi						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause
Do						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause
Fr						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause
Sa						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause
So						30 min 45 min		Krank mit AU Urlaub/Gleitzeit	Notfall bezahlte Pause

Anzahl der Arbeitsstunden und ordentliche Ausführung wird bestätigt:



(Ort, Datum)

(Unterschrift des Mitarbeiters)

(Stempel und Unterschrift des Kunden)