

■ Stundennachweisbogen



Mitarbeiter

Auftraggeber, Ort

Bitte senden an:

Fax: 05024 98 159 01
 E-Mail: info@medikonrad.de

Dieser Stundenzettel ist Grundlage für die Erstellung der Rechnung. Mit Unterschrift und Stempel Ihrer Einrichtung bestätigen Sie als Auftraggeber oder stellvertretend für diesen, die korrekte und vollständige Auflistung aller geleisteten Arbeitsstunden und Dienste. Rückwirkende Abzüge sind nicht möglich.

i Tragen Sie die **Arbeitszeiten** bitte im **24 Stunden Format** z. B. 8:00 bis 17:00 ein. Zuschläge für Nachtdienste, Wochenenden und Feiertage werden von uns anhand des Datums und der Arbeitszeiten ermittelt.

Tag	Datum	von - bis	Pause	Gesamtarbeitszeit
	TT/MM/JJ	Einsatzzeit (z.B. 6:00-14:00)	(z.B. 30 Min)	(z.B. 7,5 h)
Mo	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
Di	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
Mi	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
Do	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
Fr	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
Sa	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
So	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 2020			
			Wöchentliche Gesamtarbeitszeit	=

Ort, Datum

Unterschrift (Mitarbeiter)

Ort, Datum

Unterschrift (Auftraggeber)