

STUNDENNACHWEIS

Siegel Personal (Weiß)
Mitarbeiter (Blau)
Kunde (Gelb)



siegel personal

Tischbeinstraße 24
 34121 Kassel
 Tel.: 05 61 / 2 40 44
 Fax: 05 61 / 2 12 07

Name, Vorname: _____

Für die Zeit vom: _____ bis: _____

bei der Firma: _____

Einsatzstelle: _____



Abgabetermine:

1. Monatsmitte (wobei die Woche voll erfasst sein muss).
2. Monatsende
3. Auftragsende

Kalenderwoche	Tag	Arbeitszeit		Arbeitszeit (ohne Pausen)	
		von (Uhrzeit)	bis (Uhrzeit)		
	Mo.				Summe (Wochenarbeitszeit)
	Di.				
	Mi.				
	Do.				
	Fr.				
	Sa.				
	So.				
	Mo.				Summe (Wochenarbeitszeit)
	Di.				
	Mi.				
	Do.				
	Fr.				
	Sa.				
	So.				
	Mo.				Summe (Wochenarbeitszeit)
	Di.				
	Mi.				
	Do.				
	Fr.				
	Sa.				
	So.				

Der Kunde erkennt durch seine Unterschrift die aufgeführten Arbeitsstunden als maßgebend für die Rechnungserstellung an. Nachträgliche Beanstandungen sind insoweit ausgeschlossen. Der Unterzeichner bestätigt ferner, dass die aufgeführten Arbeitsstunden in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Arbeitszeitsvorschriften geleistet wurden und die gegebenenfalls erforderliche behördliche Genehmigung, die auch das Fremdpersonal einschließt, vorliegt.

 Unterschrift unseres Mitarbeiters

 Datum / Stempel und Unterschrift des Kunden