

Arbeitsnachweis für | | | | | | | |--|--|---|---|--|--| | | | 2 | 0 | | | |--|--|---|---|--|--|

KW Jahr



09071-7979 666

89407 Dillingen

stunden@worx-24.de

Pers.Nr., _____

Name, Vorname _____

Beginn am Vorabend	Datum TT.MM.JJJJ	Beginn Std/min	Ende Std/min	Dauer bezahlt Std/min	Bemerkung z.B. Urlaub, Gleitzzeit 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
Kunden**

Firma, Stempel

Abteilung

Einsatzort

Name (Unterschriftsberechtigter)

Datum