

STUNDENNACHWEIS

Mitarbeiter: _____

Einrichtung: _____

| Datum | Von | Bis | Pause | Stunden | Unterschrift |
|---|---------------------------|-----|-----------------|------------------|--------------|
| TT.MM.JJJJ | (z.B. 06:30 - 15:30 Uhr) | | (z. B. 30 Min) | (z. B. 8,5 Std) | Auftraggeber |
| Montag (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| Dienstag (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| Mittwoch (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| Donnerstag (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| Freitag (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| Samstag (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| Sonntag (Feiertag <input type="checkbox"/>) | | | | | |
| | | | Gesamt: | | |

Bitte senden an:
info@easycare-pm.de

oder faxen an:
0721/ 180 300 49

Stempel