

# STUNDENNACHWEIS

Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum	Von	Bis	Pause	Stunden
TT.MM.JJJJ	( z.B. 06:30 - 15:30 Uhr)		( z. B. 30 Min)	( z. B. 8,5 Std)
Montag (Feiertag )				
Dienstag (Feiertag )				
Mittwoch (Feiertag )				
Donnerstag (Feiertag )				
Freitag (Feiertag )				
Samstag (Feiertag )				
Sonntag (Feiertag )				
			Gesamt:	

Anmerkungen:

*Kunde: Unterschrift und Stempel*

*Mitarbeiter: Unterschrift*

**Bitte senden an:**

info@easycare-pm.de

**oder faxen an:**

0721/ 180 300 49