

Tätigkeitsnachweis

Woche von: _____ bis: _____

Mitarbeiter/in:

Name, Vorname _____ Personalnummer _____ Kfz-Kennzeichen _____

Kunde:

Firma _____ Kundennummer _____ Ansprechpartner _____

Tag	Einsatzort / Auftragsnummer	Arbeitszeit				Pause				Arbeitsstunden ohne Pausen (Dezimal)	
		von	min	bis	min	von	min	bis	min	h	min
Montag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Dienstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Mittwoch		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Donnerstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Freitag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Samstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Sonntag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Minuten	05/10/15/20/25/30/35/40/45/50/60	Summe Arbeitsstunden¹⁾									
Dezimal	08/17/25/33/42/50/58/67/75/83/92/100										

Original für FASTER

1) Die quittierten Stunden sind reine Arbeitszeit, sämtliche Pausen sind abgezogen

Wir erkennen die hier dokumentierten Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Der diesem zugrunde liegende allgemeine Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art.1 §12 AÜG sowie die Anerkennung Ihrer AGB wird durch unsere Unterschrift bestätigt.

Datum, Stempel und Unterschrift Kunde bzw. Bevollmächtigter

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in

Tätigkeitsnachweis

Woche von: _____ bis: _____

Mitarbeiter/in:											
Name, Vorname				Personalnummer				Kfz-Kennzeichen			
Kunde:											
Firma				Kundennummer				Ansprechpartner			
Tag	Einsatzort / Auftragsnummer	Arbeitszeit				Pause				Arbeitsstunden ohne Pausen (Dezimal)	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	h	min
Montag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Dienstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Mittwoch		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Donnerstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Freitag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Samstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Sonntag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Minuten	05/10/15/20/25/30/35/40/45/50/60										
Dezimal	08/17/25/33/42/50/58/67/75/83/92/100										
Summe Arbeitsstunden¹⁾											

Kopie für KUNDE

1) Die quittierten Stunden sind reine Arbeitszeit, sämtliche Pausen sind abgezogen

Wir erkennen die hier dokumentierten Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Der diesem zugrunde liegende allgemeine Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art.1 §12 AÜG sowie die Anerkennung Ihrer AGB wird durch unsere Unterschrift bestätigt.

Datum, Stempel und Unterschrift Kunde bzw. Bevollmächtigter

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in

Tätigkeitsnachweis

Woche von: _____ bis: _____

Mitarbeiter/in:											
Name, Vorname				Personalnummer				Kfz-Kennzeichen			
Kunde:											
Firma				Kundennummer				Ansprechpartner			
Tag	Einsatzort / Auftragsnummer	Arbeitszeit				Pause				Arbeitsstunden ohne Pausen (Dezimal)	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	h	min
Montag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Dienstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Mittwoch		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Donnerstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Freitag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Samstag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Sonntag		h	min	h	min	h	min	h	min	h	min
Minuten	05/10/15/20/25/30/35/40/45/50/60										
Dezimal	08/17/25/33/42/50/58/67/75/83/92/100										
Summe Arbeitsstunden¹⁾											

Kopie für MITARBEITER

1) Die quittierten Stunden sind reine Arbeitszeit, sämtliche Pausen sind abgezogen

Wir erkennen die hier dokumentierten Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit.
 Der diesem zugrunde liegende allgemeine Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art.1 §12 AÜG sowie die
 Anerkennung Ihrer AGB wird durch unsere Unterschrift bestätigt.

 Datum, Stempel und Unterschrift Kunde bzw. Bevollmächtigter

 Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in