

Tätigkeitsnachweis

Kunde

Mitarbeiter/-in Name, Vorname



Tag	Datum	Arbeitszeit		Ges. Std. ohne Pause	Dienstvermerk
		von	bis		
Mo.					
Di.					
Mi.					
Do.					
Fr.					
Sa.					
So.					
Stunden gesamt					

Min.	ZE	Min.	ZE
1	0,02	31	0,52
2	0,03	32	0,53
3	0,05	33	0,55
4	0,07	34	0,57
5	0,08	35	0,58
6	0,10	36	0,60
7	0,12	37	0,62
8	0,13	38	0,63
9	0,15	39	0,65
10	0,17	40	0,67
11	0,18	41	0,68
12	0,20	42	0,70
13	0,22	43	0,72
14	0,23	44	0,72
15	0,25	45	0,75
16	0,27	46	0,77
17	0,28	47	0,78
18	0,30	48	0,80
19	0,32	49	0,82
20	0,33	50	0,83
21	0,35	51	0,85
22	0,37	52	0,87
23	0,38	53	0,88
24	0,40	54	0,90
25	0,42	55	0,92
26	0,43	56	0,93
27	0,45	57	0,95
28	0,47	58	0,97
29	0,48	59	0,98
30	0,50	60	1,00

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird bestätigt.
Die allgemeinen Geschäftsbedingungen werden anerkannt.

Alle Angaben sind von mir wahrheitsgemäß eingetragen.
Abrechnungsbelege habe ich beigefügt.

T: +49 30 72 02 058-10
F: +49 30 72 02 058-58

Aktuelle Infos
finden Sie unter
www.jobssintime-medical.de

Datum/Stempel/Unterschrift Auftraggeber

Datum/Unterschrift Mitarbeiter/-in