

Achtung!

Der Arbeitszeitnachweis
ist nur mit
Unterschrift des Kunden
gültig!

Arbeitszeitnachweis

Geschäftsstelle: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen – bei Monatswechsel mit neuem Arbeitszeitnachweis beginnen!

Name / Vorname

Kunde / Firma

Einsatzort

Kostenstelle

Personalnummer

K W	Datum Tag / Monat	Arbeitszeit von – bis	Pause von – bis	Bemerkungen / Art der Arbeit	Std. dezimal ohne Pause
MO					
DI					
MI					
DO					
FR					
SA					
SO					

Gesamtstunden
Nettoarbeitszeit

S S M M

Blatt 1: zeitconcept

Datum / Unterschrift Mitarbeiter

Dieses Formular wurde von mir wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Datum / Unterschrift Mitarbeiter

Aufgrund meines Verschuldens habe ich die tägliche bzw. wöchentliche Mindestarbeitszeit nicht erreicht. Ich wurde informiert, dass zeitconcept diese Fehlzeiten nicht bezahlt.

Datum / Unterschrift Kunde

Wir bestätigen die Richtigkeit der obenstehenden Wochenarbeitszeit und der Pausenzeiten.

Arbeitszeitnachweis durch Disponent/in geprüft

Datum	Zeichen
-------	---------

Arbeitszeitnachweis

Geschäftsstelle: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen – bei Monatswechsel mit neuem Arbeitszeitnachweis beginnen!

Name / Vorname

Kunde / Firma

Einsatzort

Kostenstelle

Personalnummer

K	W	Datum Tag / Monat	Arbeitszeit von – bis	Pause von – bis	Bemerkungen / Art der Arbeit	Std. dezimal ohne Pause
MO						
DI						
MI						
DO						
FR						
SA						
SO						

Gesamtstunden
Nettoarbeitszeit

S S M M

Blatt 2: Kunde

Datum / Unterschrift Mitarbeiter

Dieses Formular wurde von mir wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Datum / Unterschrift Mitarbeiter

Aufgrund meines Verschuldens habe ich die tägliche bzw. wöchentliche Mindestarbeitszeit nicht erreicht. Ich wurde informiert, dass zeitconcept diese Fehlzeiten nicht bezahlt.

Datum / Unterschrift Kunde

Wir bestätigen die Richtigkeit der obenstehenden Wochenarbeitszeit und der Pausenzeiten.

Arbeitszeitnachweis durch Disponent/in geprüft

Datum

Zeichen

