

# STUNDENNACHWEIS

MITARBEITER	EINSATZBETRIEB	KW	ABT	GS	SB

WOCHENTAG	DATUM	ARBEITSZEIT (UHRZEIT)		PAUSE	ARBEITSSTUNDEN		GESCHÄFTSSTELLE
Nicht gearbeitete Tage streichen!		von	bis	in Min.	in Std.: Min:	als Dezimalwert	
MONTAG							<input type="checkbox"/> <b>AUGSBURG</b> (Tel. 08 21/508709-0)  <input type="checkbox"/> <b>INGOLSTADT</b> (Tel. 08 41/9 93 88-0)  <input type="checkbox"/> <b>RAVENSBURG</b> (Tel. 07 51/5 61 96-0)  <input type="checkbox"/> <b>MÜNCHEN</b> (Tel. 0 89/2 12 31 53-0)  <input type="checkbox"/> <b>KEMPTEN</b> (Tel. 08 31/96 02 10-0)
DIENSTAG							
MITTWOCH							
DONNERSTAG							
FREITAG							
SAMSTAG							
SONNTAG							
					Gesamtstunden		

Der Kunde erkennt durch seine Unterschrift die aufgeführten Arbeitsstunden als maßgebend für die Rechnungsstellung an. Nachträgliche Beanstandungen sind insoweit ausgeschlossen. Die Unterzeichner bestätigen ferner, dass die aufgeführten Arbeiten in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Arbeitsvorschriften geleistet wurden und die gegebenenfalls erforderlichen Genehmigungen, die auch Fremdpersonal einschließen, vorliegen. Es wird per Unterschrift bestätigt, dass zufriedenstellende und korrekte Arbeiten verrichtet wurden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift und Stempel des Kunden

Datum

Unterschrift des Mitarbeiters