



Stundennachweis

easyCare

Mitarbeiter: _____

Einrichtung: _____

Datum	Arbeit von bis	Pause von bis	Stunden
TT.MM.JJJJ	(z.B. 06:30 - 15:30 Uhr)	(z.B. 10:00 - 10:30 Uhr)	(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:

vertragsmanagement@easycare-pm.de