



Stundennachweis



Mitarbeiter: _____

Einrichtung: _____

	Datum TT.MM.JJJJ	Arbeit		Pause		Stunden (z.B. 8,5 Std)
		von	bis (z.B. 06:30 - 15:30 Uhr)	von	bis (z.B. 10:00 - 10:30 Uhr)	

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