

TÄTIGKEITSNACHWEIS

	Datum		Arbeitszeit		Pause	Stunden ohne Pausen	Bemerkungen zu Fehlzeiten oder dergl.					
	von	bis	von	bis								
MO												
DI												
MI												
DO												
FR												
SA												
SO												
Minuten:	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	Summe
Dezimal:	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	



Mühlstraße 26, 63667 Nidda
 Tel. : 06043 / 40378-23
 Fax : 06043 / 40378-19

Auftraggeber:

Einsatzort:

Auftragsort:

Name des Mitarbeiters

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der aufgeführten Stunden. Etwaige Fehlstunden sind von mir zu verantworten. Ich bin mir darüber im klaren, dass die fehlenden Stunden von SW Personaldienstleistungen nicht bezahlt werden.

 Unterschrift des Mitarbeiters

Die quittierten Stunden sind reine Arbeitszeit, sämtliche Pausen sind abgezogen. Wir erkennen o.g. Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Diesem Auftrag zugrundeliegender Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß den Bestimmungen Art. 1 § 12 AÜG und die Kenntnis der allgemeinen Geschäftsbedingungen werden mit Unterschrift bestätigt.

 Datum

 Stempel u. Unterschrift des Kunden