

Tätigkeits- / Stundennachweis

Mitarbeiter (Name, Vorname)

Pers.-Nr.



ilomed GmbH

Kesselstraße 3
40221 Düsseldorf

Tel: +49 211 819835100

Fax: +49 211 819835101

ilomed.de

stundenzeitel@ilomed.de

Kunde

Einsatzort

Auftrags- / Komm.-Nr.

Zeitraum

von

bis

Tag

Datum

Arbeitszeit

von

bis

Pause

Bemerkungen
(z. B. Bereitschaftsdienst o.
Rufbereitschaft)

Bitte ankreuzen

Mo

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

Di

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

Mi

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

Do

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

Fr

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

Sa

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

So

☐ 30 min
☐ 45 min

☐ Krank mit AU
☐ Urlaub/Gleitzeit

☐ NoFall
☐ Bezahlte Pause

Anzahl der Arbeitsstunden und ordentliche Ausführung wird bestätigt:

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Kunden)

(Unterschrift des Mitarbeiters)