

STUNDENNACHWEIS

Name, Vorname: _____

Kunde: _____

Einsatzort / Station: _____

Stationsleitung: _____

Bei Monatswechsel mit neuem Stundennachweis beginnen! Stundennachweis muss am Montag der Folge-
woche und bei Monatswechsel am 01. des Folgemonats vorliegen!
Bitte per Fax: 07161 98780 46 oder Email: info@sm-care.de an uns senden!

Wochentag	Datum	Arbeitszeit von	Arbeitszeit bis	Pause nicht möglich (Grund)	Stunden (ohne Pause)
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

Gesamtstunden:

Auszahlung Arbeitszeitkonto Stunden:

Datum / Unterschrift Mitarbeiter

Datum / Unterschrift / Stempel Kunde