

Faktura Nr.																				
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Mitarbeiter(in)**

Hr./Fr.	Name
Vorname	

**Kunde / Beschäftiger**

Firma
Kostenstelle

Bei Arbeitsverhinderung muss bis spätestens 8.00 Uhr Meldung an das zuständige **Team24**-Büro erfolgen. Bei Arbeits- oder Wegunfall muss das **Team24**-Büro sofort verständigt werden, auch wenn die Arbeit nicht eingestellt wird.

Monat		Jahr			Die Arbeitsstunden teilen sich auf in			Abwesenheit		Besondere Anmerkungen
Datum	Tag	Beginn	Ende	Pause	Normalstunden	Ü 50 %	Ü 100 %	Art*	Std.	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										

**Hinweis für unsere(n) Mitarbeiter(in)**  
 Das Original sowie zwei Durchschläge dieses Stundennachweises müssen am ersten Werktag des Folgemonats bei **Team24** vorliegen. Verfügen wir zu diesem Zeitpunkt nicht über diese Unterlagen, kann keine Abrechnung erfolgen. Am Monatsanfang bitten wir einen neuen Stundennachweis zu beginnen.

\*U=Urlaub  
 A=Arzt  
 K=Krank

**Hinweis für unsere Kunden**  
 Dieser Stundennachweis dient der Erstellung Ihrer Rechnung. Bitte prüfen und unterzeichnen Sie ihn. Sie erkennen damit die Angaben auf dem Stundennachweis als richtig an. Die 4. Kopie bleibt als Beleg bei Ihnen.

Unterschrift (Mitarbeiter)	Ort
	Datum
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit dieser Aufzeichnungen und dass diese von einem bevollmächtigten Organ des Kunden bestätigt wurden.	

Unterschrift/Stempel (Kunde)	Ort
	Datum