Faktura Nr.				-			-			

Mitarbeiter(in)

Hr./Fr.	Name
Vorname	

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.

Kunde / Beschäftiger

Firma
Kostenstelle

Wochenstundennachweis

Kalenderwoche			Jahr		Die Arbeitsstunden teilen sich auf in			Abwesenheit		Besondere Anmerkungen
Tag	Datum	Beginn	Ende	Pause	Normal-stunden	Ü 50 %	Ü 100 %	Art*	Std.	
MO										
DI										
MI										
DO										
FR										
SA										
SO										

* U=Urlaub
A=Arzt
K=Krank

Hinweis für unsere(n) Mitarbeiter(in)
Das Original sowie zwei Durchschläge dieses Stundennachweises müssen am Montag der Folgewoche 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.

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

Unterschrift/Stempel (Kunde)	Ort
	Datum