

STUNDENNACHWEIS



MITARBEITER	FIRMA / EINSATZSTELLE	ENTF. / KM	WOCHE VON / BIS	KD.-NR.	OBJ.-NR.	BR.-KRT.	AWL	EDV

WOCHENTAG <small>Nicht gearbeitete Tage stricheln!</small>	DATUM	ARBEITSZEIT (UHRZEIT)		ARBEITSSTUNDEN		GESCHÄFTSSTELLE	VERTEILER
		von	bis	in Std : Min	als Dezimalwert		
MONTAG						<input type="checkbox"/> AUGSBURG (Tel.: 08 21/4 44 85-60) <input type="checkbox"/> INGOLSTADT (Tel.: 08 41/9 93 88-0) <input type="checkbox"/> RAVENSBURG (Tel.: 07 51/5 61 96-0) <input type="checkbox"/> MÜNCHEN (Tel.: 0 89/18 94 25 64-0) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Benachrichtigt	weiß AUGUSTA gelb AUGUSTA blau MITARBEITER rosa KUNDE
DIENSTAG							
MITTWOCH							
DONNERSTAG							
FRIDTAG							
SAMSTAG							
SONNTAG							
		Gesamtstd.					

Der Kunde erkennt durch seine Unterschrift die aufgeführten Arbeitsstunden als maßgebend für die Rechnungstellung an. Nachträgliche Bearbeitungen sind insoweit ausgeschlossen. Die Unterzeichner bestätigen ferner, dass die aufgeführten Arbeiten in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Arbeitsvorschriften geleistet wurden und die gegebenenfalls erforderlichen Genehmigungen, die auch Fremdpersonal einschließen, vorliegen. Es wird per Unterschrift bestätigt, dass zufriedenstellende und korrekte Arbeiten verrichtet wurden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Die Normalarbeitszeit habe ich aus persönlichen Gründen um _____ Std. unterschritten.

Unterschrift und Stempel des Kunden

Datum

Unterschrift des Mitarbeiters