

# Stundennachweisbogen



Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Auftraggeber, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte senden an:**  
 Fax: 05021 / 91 53 771  
 E-Mail: info@medikonrad.de

Dieser Stundenzettel ist Grundlage für die Erstellung der Rechnung. Mit Unterschrift und Stempel Ihrer Einrichtung bestätigen Sie als Auftraggeber oder stellvertretend für diesen, die korrekte und vollständige Auflistung aller geleisteten Arbeitsstunden und Dienste. Rückwirkende Abzüge sind nicht möglich.

Tragen Sie die **Arbeitszeiten** bitte im **24 Stunden Format** z. B. 8:00 bis 17:00 ein. Zuschläge für Nachdienste, Wochenenden und Feiertage werden von uns anhand des Datums und der Arbeitszeiten ermittelt.

DATUM	VON - BIS	PAUSE	GESAMTARBEITSZEIT
TT/MM/JJ	Einsatzzeit (z. B. 6:00-14:00)	(z. B. 30 Min)	(z. B. 7,5 h)
<u>Montag</u> _____.2018			
<u>Dienstag</u> _____.2018			
<u>Mittwoch</u> _____.2018			
<u>Donnerstag</u> _____.2018			
<u>Freitag</u> _____.2018			
<u>Samstag</u> _____.2018			
<u>Sonntag</u> _____.2018			
<b>WÖCHENTLICHE GESAMTARBEITSZEIT</b>			=

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitarbeiter) \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Auftraggeber) \_\_\_\_\_