

Tätigkeitsnachweis

MEDICCUS
... Ihr Personalpartner

Mitarbeiter/in
Name _____ Vorname _____

Tag	Datum	Arbeitszeit		Stunden <small>(ohne Pause)</small>	Bemerkungen
		von	bis		
MO					
DI					
MI					
DO					
FR					
SA					
SO					

Stunden - gesamt: _____

Tag	Datum	Arbeitszeit		Stunden <small>(ohne Pause)</small>	Bemerkungen
		von	bis		
MO					
DI					
MI					
DO					
FR					
SA					
SO					

Stunden - gesamt: _____

Name des Kunden: _____

<p>Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben und Ihrer Allgemeinen Geschäftsbedingungen</p> <p>_____</p> <p>Stempel & Unterschrift des Kunden</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift Mitarbeiter/in</p>
--	---

Minuten: 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60
 Minuten in Dezimalzahlen: 08 17 25 33 42 50 58 67 75 83 92 100 = 1 Stunde