

Arbeitsstundennachweis

Dr. Ronald Zweiniger GmbH

Woche von:	bis:	Kunde:
Mitarbeiter:		

Einsatzort (EO):

	Arbeits- beginn [Uhrzeit]	Arbeits- ende [Uhrzeit]	Arbeits- zeit ohne Pause	Fahr- zeit [Std]	Ab- wesen- heits- zeit [Std]	Distanz Wohng. bis EO [km]	Projekt-Nr.:			
Sonntag										
Montag										
Dienstag										
Mittwoch										
Donnerstag										
Freitag										
Samstag										
Gesamt										

Die oben angeführten Angaben sind wahrheitsgemäß.	Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:
---	--

Datum	Unterschrift des Mitarbeiters	Stempel und Unterschrift des Kunden
-------	-------------------------------	-------------------------------------

Bitte senden an: **stunden@zweiniger.de** oder **fax +49 (0)371 38270-19**