

STUNDENSCHHEIN Nr.



Mitarbeiter _____

Kunde _____ Ort _____

Einsatzort _____

Liebe MitarbeiterInnen,
 bitte senden Sie uns diesen Stundenschein direkt nach Ihrem Einsatzende ausgefüllt sowie von Ihnen und dem Kunden unterschrieben per FAX oder E-Mail zu. Die Originale senden Sie uns bitte bis spätestens zum Monatsende zu.
 Herzlichen Dank!

① Für Promedis24

Tag	Datum	von	Arbeitszeit	bis	Ges.-Std.	Pause Min.
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						
Für die Ordnungsmäßigkeit und Richtigkeit der Angaben						
Unterschrift des Mitarbeiters _____						

Bemerkungen:

Datum _____

anerkannt:

 Unterschrift/Stempel Kunde