

Tätigkeitsnachweis:

Original für Duamed

Woche vom: _____ bis: _____

Bitte senden Sie uns das Original per Fax
+49711 300 76 383/ E-Mail: info@duamed.de.

Mitarbeiter/in: _____

Auftraggeber/in: _____

Haus: _____

PLZ, Ort: Station, _____

Straße: _____

WB: _____

Qualifikation: _____

Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimal	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00

Bitte schreiben Sie die Minuten in Dezimalzahlen!

Tag	Datum	Arbeitszeit		Pause		Gesamtestunden	Dienste (Früh. / Spät. / Nacht.)
		von	bis	von	bis		
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							

Gesamtstunden

Wir erkennen die hier dokumentierten Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Der diesem zugrunde liegende allgemeine Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art.1 §12 AÜG sowie die Anerkennung Ihrer AGB wird durch unsere Unterschrift bestätigt.

Datum, Stempel und Unterschrift Kunde

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in

Tätigkeitsnachweis

Kopie für KUNDE

Woche vom: _____ bis _____
:

Mitarbeiter/in : _____

Auftraggeber/in: _____

PLZ, Ort: Station, _____ Haus: _____

_____ Straße: _____

WB: _____ Qualifikation: _____

Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimal	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00

Bitte schreiben Sie die Minuten in Dezimalzahlen!

Tag	Datum	Arbeitszeit		Pause		Gesamtstunden	Dienste (Früh. / Spät. / Nacht.)
		von	bis	von	bis		
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							

Gesamtstunden:

Wir erkennen die hier dokumentierten Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Der diesem zugrunde liegende allgemeine Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art.1 §12 AÜG sowie die Anerkennung Ihrer AGB wird durch unsere Unterschrift bestätigt.

Datum, Stempel und Unterschrift Kunde

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in

Tätigkeitsnachweis

Kopie für MITARBEITER

Woche vom: _____ bis: _____

Mitarbeiter/in: _____

Auftraggeber/in: _____ Haus: _____

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Station, WB: _____ Qualifikation: _____

Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimal	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00

Bitte schreiben Sie die Minuten in Dezimalzahlen!

Tag	Datum	Arbeitszeit		Pause		Gesamtstunden	Dienste (Früh. / Spät. / Nacht.)
		von	bis	von	bis		
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							

Gesamtstunden:

Wir erkennen die hier dokumentierten Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Der diesem zugrunde liegende allgemeine Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art.1 §12 AÜG sowie die Anerkennung Ihrer AGB wird durch unsere Unterschrift bestätigt.

Datum, Stempel und Unterschrift
Kunde

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in