PFLEGEAGENTUR MEDICUS

ARBEITSZEITNACHWEIS

Auftraggeber:		**Auftragnehmer:**	
Ansprechpartner:			
Strasse:		Strasse:	
PLZ / Ort		PLZ / Ort:	
Telefon:		Telefon:	

Dieser Stundennachweis wird als Grundlage zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verwendet und erhält nur Gültigkeit mit **Unterschrift des Auftraggebers / Einrichtung und des Auftragnehmers / Freiberufler**. Bitte achten Sie auf eine wöchentliche Bestätigung.

Kalenderwoche: **Position/Abteilung:**

Jahr: **Personal-Nr.:**

Sonstiges: **Vorgesetzter:**

Zeiten bitte **ohne Pausen** eintragen und vom Auftraggeber bestätigen lassen.

Tag	Datum	Tätigkeit	Beginn	Ende	Stunden	HZ
		GESAMTARBEITSZEIT:				

Unterschrift Mitarbeiter: Datum:

Unterschrift Vorgesetzter: Datum: