

### Zeitnachweis

Kunde/ Firma \_\_\_\_\_

Einsatzort \_\_\_\_\_

Tätigkeit \_\_\_\_\_

Mitarbeiter/ in \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_

KW \_\_\_\_\_

Wird von medistaff ausgefüllt				
Auftr.-Nr.				
Pers.-Nr.				

Arbeitgeber

Datum	Arbeitszeit 1		Arbeitszeit 2		Pausen h/min.	1. Wohnsitz bis Einsatzort km	1. Wohnsitz bis Unterkunft km	Unterkunft bis Einsatzstelle km	Fahrzeit h/min.	Plus-/ Minusstunden		Not in 48h	Gesamt dezimal (o.P.)	
	Beginn	Ende	Beginn	Ende						+	-			
MO.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
DI.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
MI.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
DO.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
FR.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
SA.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
SO.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	,	<input type="checkbox"/>		
									,	,				
									<b>SUMME:</b>		<b>SUMME:</b>			<b>SUMME</b>

Arbeitszeitberechnung in 15-Minuten-Takt

Öffentliche Verkehrsmittel  ja  nein

Kosten: \_\_\_\_\_ Euro

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Kunden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
medistaff Mitarbeiter/ in

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben und die Geltung Ihrer Geschäftsbedingungen.

Unbezahlter Urlaub soll weder durch Krankheit, noch durch andere Umstände unterbrochen werden. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass für die Dauer des unbezahlten Urlaubs sowohl die Arbeitspflicht des Arbeitnehmers, als auch die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ruhen.

info@medistaff.de  
www.medistaff.de

Tel: +49 (0) 7144 884810 – 1  
Fax: +49 (0) 7144 884810 – 2