

### Zeitnachweis

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

Einsatzort \_\_\_\_\_

EL  PDL  SL  IP  KP  AP  PH  H

Tätigkeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mitarbeiter/ in \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ KW

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

Datum	Arbeitszeit 1		Arbeitszeit 2		Pausen h/min.	1. Wohnsitz bis Einsatzort km	1. Wohnsitz bis Unterkunft km	Unterkunft bis Einsatzstelle km	Plus/ Minusstunden		Corona- Einsatz <input type="checkbox"/>	Not in 72h <input type="checkbox"/>	Gesamt dezimal (o.P.)
	Beginn	Ende	Beginn	Ende					+	-			
MO.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DI.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MI.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DO.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FR.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SA.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SO.	:	:	:	:	,	km	km	km	,	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
													<b>SUMME:</b>

Öffentliche Verkehrsmittel  ja  nein

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

Arbeitszeitberechnung in 15-Minuten-Takt

\_\_\_\_\_  
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