



Stundennachweis

Kunden 01/585 1669
FAX 01/581 2480

Mitarbeiter 01/585 1689
office@sofortpersonal.at

Kunde: _____

Dienstnehmer: _____

Wochentag	Datum	Arbeitszeiten		Stunden	
		Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende	Pause	Total <i>minus</i> <i>Pause</i>
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

Unterschrift/Stempel des Kunden (Beschäftigter)

Datum

Eine Kopie des von Ihnen unterzeichneten Stundennachweises wird der Rechnung beigelegt.