

Kundennummer:

Personalnummer:

Jahr: Monat:

Original: freemedics Gelb: Kunde Rosa: Mitarbeiter

	Datum	Dienstbeginn	Dienstende	Netto-Arbeitszeit	Anmerkungen
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					
Gesamtarbeitszeit					

Name, Vorname Mitarbeiter

Unterschrift Mitarbeiter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen
Arbeitszeiten.

Name Kundenbetrieb

Unterschrift und Stempel Kunde

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der oben angegebenen
Dienstzeiten.

Ggf. Einsatzort/Kostenstelle

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