



Stundennachweis

Kundennummer

Name des Mitarbeiters _____

Kunde _____

Beschäftigungsort _____

Eingest. als: _____

Komm.-Nr.: _____

Bestell-Nr.: _____

Achtung: Freie Felder durchstreichen! Stunden bitte nur hier bestätigen, abgerundet auf 0,25 Std.		KW										Fahrtkostenerstattung		
Tag	Datum	Arbeitszeit	Stunden	Reisestd.	TU	AU	F	NE	FZA	sonstige Fehlz.	VMA frei / pflicht	Fahrtgeld frei / pflicht	Auslösung frei / pflicht	
Mo														
Di														
Mi														
Do														
Fr														
Sa														
So														
Summe														

Vom Mitarbeiter verschuldete Fehlzeiten: **Stunden**
Aus von mir zu verantwortenden Gründen habe ich in dieser Woche die im Arbeitsvertrag festgelegte
Stundenzahl nicht erreicht. Es ist mir klar, dass diese Fehlzeiten von der Firma RMD nicht bezahlt
werden. Ich habe eine Ermahnung erhalten, die im Arbeitsvertrag vereinbarte Arbeitszeit einzuhalten.
Datum _____ Unterschrift _____

Kundentarif _____ B _____

Gesamtstunden _____

Überstunden % _____

Wir erklären unter Bezugnahme auf den uns
übersandten Arbeitnehmerüberlassungs-
vertrag, dass die Zahl der Arbeitsstunden und
die Art der Tätigkeit richtig angegeben sind.
Wir sind zufrieden mit der Ausführung der
Arbeiten und haben von den allgemeinen
Geschäftsbedingungen Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass ich die von mir geltend
gemachten Arbeitsstunden und Leistungen
in dieser Woche tatsächlich erbracht und das
Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.
Mir ist bekannt, dass falsche Angaben
Schadenersatzforderungen nach sich
ziehen können.

Reisestunden: _____
Reisekosten: _____
Zulagen: _____
Hotelmehrkosten: _____
Sonstiges _____

Firmenstempel und rechtsverbindliche
Unterschrift des Entleihers

Unterschrift des Mitarbeiters