

# Stundennachweis

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_



**Soma-Tech**®

PERSONAL - SERVICE

Telefon 0711/5788320

Telefon 07141/94240

Personal-Nr.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Kunden-Nr.

Kunde: \_\_\_\_\_

Einsatzstelle: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Soma-Tech**-Abt.-Leiter/in

Abteilung: \_\_\_\_\_

Auftrags-Nr.: \_\_\_\_\_

Stempel

Tag	Arbeitszeit		Ges. Std. ohne Pause	Pause
	von	bis		
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				
Summen:				

Unter Bezugnahme auf den uns übersandten Arbeitnehmerüberlassungsvertrag bestätigen wir die Richtigkeit obiger Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Auftraggebers \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der aufgeführten Stunden. Etwaige Fehlstunden sind von mir zu verantworten. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die fehlenden Stunden von der Firma Soma-Tech Personal-Service GmbH nicht bezahlt werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitarbeiters \_\_\_\_\_

Blatt 3 - grün = für Mitarbeiter

Blatt 1 - weiß = für Kunden  
Blatt 2 - gelb = für **Soma-Tech**-Personal