

Stundennachweis

vom _____ bis _____



Telefon 0711/5788320
Telefon 07141/94240

Soma-Tech-Abt.-Leiter/in

Personal-Nr.

Name: _____ Vorname: _____

Kunden-Nr.

Kunde: _____

Einsatzstelle: _____

Adresse: _____

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.

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 _____ Stempel und Unterschrift des Auftraggebers

Datum _____ Unterschrift des Mitarbeiters

Blatt 1 - weiß = für Kunden
Blatt 2 - gelb = für Soma-Tech-Personal
Blatt 3 - grün = für Mitarbeiter