



Stundennachweis



Personaldienstleistung Isny GmbH

Name Kunde	
Name Mitarbeiter/in	
Einsatzort	

Tag	Datum	Arbeitszeit von – bis	Pause gesamt (in Min.)	Arbeitsstunden/Tag gesamt (ohne Pause)
Mo		–		
Di		–		
Mi		–		
Do		–		
Fr		–		
Sa		–		
So		–		
Arbeitsstunden / Woche gesamt				

Datum:

Unterschrift Mitarbeiter/in

Weiß: P@I Personaldienstleistung Isny GmbH
 Grün: Kunde
 Gelb: Mitarbeiter/in

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben, die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit und die Geltung Ihrer Allgemeinen Überlassungsbedingungen.	
Datum	Unterschrift des Kunden