

Zeitnachweis

Vorname/Name

Mitarbeiter

ARD FÖRG GMBH

Tel. [0821] 217 37 - 0

Fax [0821] 217 37 - 20

service@ard-foerg.de



Firma: _____

Straße: _____

Ort: _____

Umrechnungstabelle

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Minuten | 05 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
| Industrie-Dezimale | 08 | 17 | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |

Dieser Zeitnachweis kann pro Kunde eine Kalenderwoche lang verwendet werden, jedoch nicht übers Monatsende hinaus. Am Monatsanfang bitte einen neuen Zeitnachweis verwenden. Nicht gearbeitete Tage und überzählige Wochentage am Monatsanfang/Monatsende bitte streichen.

| KW | Datum | Uhrzeit von bis | Pause von bis | Warum weniger als die vereinbarte Arbeitszeit? (vom Mitarbeiter auszufüllen) | Gesamt-Std. dezimal ohne Pausen | Wird von ARD Förg ausgefüllt |
|-------------------|-------|-----------------|---------------|--|---------------------------------|------------------------------|
| Montag | | | | | | |
| Dienstag | | | | | | |
| Mittwoch | | | | | | |
| Donnerstag | | | | | | |
| Freitag | | | | | | |
| Samstag | | | | | | |
| Sonntag | | | | | | |
| Summe der Stunden | | | | | | |

Anzahl der Arbeitsstunden und zufriedenstellende Ausführung sowie Kenntnisnahme der Geschäftsbedingungen wird bescheinigt.

_____, den _____

Kunde

Stempel und Unterschrift der Firma

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der aufgeführten Stunden. Eventuelle Fehlstunden sind von mir zu verantworten. Mir ist bewusst, dass die fehlenden Stunden von der ARD Förg GmbH nicht bezahlt werden.

Mitarbeiter

Datum und Unterschrift des Mitarbeiters

- Verwendung der Formular-Durchschläge:**
- Weißes Original -> an ARD Förg GmbH
 - Grüner Beleg -> an den Kunden
 - Blauer Beleg -> an den Mitarbeiter