

Leistungsnachweis

KW _____ bis _____

Kunde

Eingabe Aida

Firma	Nr.
-------	-----

Datum	SB
-------	----

Mitarbeiter

Name, Vorname	MA-Nr.
---------------	--------

TAGESNACHWEIS

MO	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
DI	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
MI	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
DO	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
FR	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
SA	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
SO	Projekt / Abteilung				
Arbeitszeit von	h h m m	bis	h h m m	netto Arbeitsstunden	h h m m
					reine Arbeitszeit ohne Pausen
					Summe Arbeitsstunden
					h h m m

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit und Anzahl der o.a. Stunden gemäß des diesem Auftrag zugrunde liegendem Arbeitnehmerüberlassungsvertrages nach Art. 1 § 12 AÜG und unter Anerkennung Ihrer AGB.

reine Arbeitszeit ohne Pausen
Summe Arbeitsstunden

Erläuterung wegen Stundenminderung des Mitarbeiters :

 Datum, Stempel & Unterschrift des Auftraggebers

 Datum & Unterschrift des Mitarbeiters
 Alle Angaben wurden wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Deckblatt weiss = Timetable | Durchschlag rosa = Kunde | Durchschlag blau = Mitarbeiter