



# Stundennachweis

Ambulante Dienste e.V.

Bohlweg10  
48147 Münster  
Telefon: 02 51-133 01-0  
Telefax: 02 51-133 01-20  
Internet: www.ad-ms.de  
E-Mail: buero@ambulante-dienste-muenster.de

Monat ..... 20 .....

Mitarbeiter/in .....

Einsatz bei .....

| Datum/Wochentag | Uhrzeit von - bis | Stundenzahl | Datum/Wochentag          | Uhrzeit von - bis | Stundenzahl |
|-----------------|-------------------|-------------|--------------------------|-------------------|-------------|
| 1               |                   |             | 17                       |                   |             |
| 2               |                   |             | 18                       |                   |             |
| 3               |                   |             | 19                       |                   |             |
| 4               |                   |             | 20                       |                   |             |
| 5               |                   |             | 21                       |                   |             |
| 6               |                   |             | 22                       |                   |             |
| 7               |                   |             | 23                       |                   |             |
| 8               |                   |             | 24                       |                   |             |
| 9               |                   |             | 25                       |                   |             |
| 10              |                   |             | 26                       |                   |             |
| 11              |                   |             | 27                       |                   |             |
| 12              |                   |             | 28                       |                   |             |
| 13              |                   |             | 29                       |                   |             |
| 14              |                   |             | 30                       |                   |             |
| 15              |                   |             | 31                       |                   |             |
| 16              |                   |             | <b>Gesamtstundenzahl</b> |                   |             |

**Besonderheiten:**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

.....  
(Mitarbeiter/in)

.....  
(Auftraggeber/in)

bitte spätestens bis zum 2. des Folgemonats im Büro abgeben