***Abrechnung Bereitschaft / sonstige Dienste***

# Ambulante Dienste e. V.

Grevener Straße 102

48159 Münster

Telefon: 0251-133 01-0

Telefax: 0251-133 01-20

Internet: [www.ad-ms.de](http://www.ad-ms.de/)

E-Mail: [personal@ambulante-dienste-muenster.de](mailto:personal@ambulante-dienste-muenster.de)

wird vom Arbeitgeber ausgefüllt:

Monat

Mitarbeiter/in

Einsatz bei

Personalnummer:

Lohn abgerechnet

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Uhrzeit von - bis | **B E R E I T S C H A F T S D I E N S T** | | | **Fortbildung** in Std | **Sonstiges** in Std |
| ***entweder:*** nach Stunden (Anzahl) | ***oder:*** pauschal | |
| halber Tag 7,00 € | ganzer Tag 14,00 € |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | | | |  |
| **GESAMT** | |  |  |  |  | **0** |

**Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:** .................................................

(Mitarbeiter/in)

bitte spätestens bis zum 2. des Folgemonats im Büro abgeben