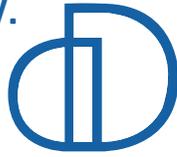


Stundennachweis

Ambulante Dienste e. V.

Grevener Straße 102
48159 Münster
Telefon: 0251-133 01-0
Telefax: 0251-133 01-20
Internet: www.ad-ms.de
E-Mail: personal@ambulante-dienste-muenster.de



Monat _____ 20____

Mitarbeiter/in _____

Einsatz bei _____

Personalnummer: _____

siehe Lohn- /Gehaltsabrechnung (Kästchen oben rechts)

Stundennachweis bitte bis zum 2. des Folgemonats im Büro Grevener Str. abgeben oder zusenden.
Nachtdienste bitte anteilig für beide Tage angeben: Stunden bis 24:00 Uhr und ab 00:00 Uhr

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.				Gesamtstundenzahl			<input style="border: 2px solid red;" type="text"/>

In den Gesamtstunden enthalten:

Std. Dienstbesprechung

Std. Einarbeitung

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

(Mitarbeiter/in)

(Auftraggeber/in)

wird vom Arbeitgeber ausgefüllt:

Lohn abgerechnet

in Rechnung gestellt