

# Abrechnung Bereitschaft / sonstige Dienste

**Ambulante Dienste e. V.**

Bohlweg 10  
48147 Münster  
Telefon: 0251-133 01-0  
Telefax: 0251-133 01-20  
Internet: www.ad-ms.de  
E-Mail: buero@ambulante-dienste-muenster.de



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

Mitarbeiter/in .....

Einsatz bei .....

wird vom Arbeitgeber ausgefüllt:  Lohn abgerechnet

Datum	Uhrzeit von - bis	BEREITSCHAFTSDIENST			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						
<b>GESAMT</b>						

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

.....  
(Mitarbeiter/in)

bitte spätestens bis zum 2. des Folgemonats im Büro abgeben