



Monat _____

STUNDENNACHWEIS KW _____

Personal-Nr. _____

Kunden-Nr. _____

Mitarbeiter Name _____

Einsatzfirma _____

Auftrags-/Bestell-Nr. _____

Ansprechpartner _____

M	D
5	0,08
10	0,17
15	0,25
20	0,33
25	0,42
30	0,50
35	0,58
40	0,67
45	0,75
50	0,83
55	0,92

Wochentag	Datum			Einsatzort	Beginn		Ende		Pause Minuten	Stunden ohne Pause
	T	M	J		Stunden	Minuten	Stunden	Minuten		
Montag										
Dienstag										
Mittwoch										
Donnerstag										
Freitag										
Samstag										
Sonntag										
								Gesamt Stunden		
Der Stundennachweis sollte jeweils bis spätestens am Montag der Folgeweche und bei einem Monatswechsel am 4. Werktag des Folgemonats vorliegen. Bei Monatswechsel ist unbedingt mit einen neuen Stundennachweis zu beginnen!										

Wir erkennen o.g. Stunden an (quitierte Stunden sind reine Arbeitszeit, sämtliche Pausen sind abgezogen) und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit. Diesem Auftrag zugrunde liegender Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (§12 AÜG, Abs.1) und die sicherheits-technische Einweisung des Mitarbeiters der IVB GmbH am Tätigkeitsort vor Arbeitsaufnahme werden durch Unterschrift der Entleihfirma bestätigt. Der Mitarbeiter hat ausschließlich die im Arbeitnehmerüberlassungsvertrag vereinbarten Tätigkeiten ausgeübt.

Ort, Datum
Unterschrift
Mitarbeiter / Mitarbeiterin _____

Ort, Datum
Stempel / Unterschrift
Entleiher /
autorisierter Vertreter

Ich versichere, dass die von mir geltend gemachten Arbeitsstunden in dieser Woche tatsächlich geleistet wurden. Mehrarbeit im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes ist erwünscht. Die Kundenarbeitszeit gilt als vereinbart, Minusstunden, die ich als Mitarbeiter/-in selbst zu verantworten habe, werden nicht vergütet. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben Schadenersatzforderungen nach sich ziehen können.

Wir sind zufrieden mit der Ausführung der Arbeiten und haben die AGB zur Kenntnis genommen.