

Stundennachweis

Kunde: _____

Mitarbeiter: _____

Monat/Jahr: _____ / 2024

Vertrag-Nr.: _____

Anfangsdatum: _____.____.20__

Tag	Beginn	Ende	Arbeitszeit dezimal (ohne Pausen)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
Zwischensumme:			

Tag	Beginn	Ende	Arbeitszeit dezimal (ohne Pausen)
Übertrag:			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
Gesamtstunden:			

Mitarbeiter (Unterschrift):

Kunde (Unterschrift):

Bitte am Monatsende senden an:

FW Service GmbH
Postfach 1334
86916 Kaufering

Fax: 08191-9409067
E-Mail: info@fwservice.de