Tätigkeitsnachweis

smb
PERSONALDIENSTELEISTUNGEN GmbH

Kunde

Name des Kunden | Einsatzort | Kostenstelle

Mitarbeiter/-in

Nachname | Vorname

	Datum (Tag/Monat/Jahr)	Arbeitszeit (von Uhrzeit bis Uhrzeit)	Pause (von Uhrzeit bis Uhrzeit)	Stunden pro Tag
Montag	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Dienstag	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Mittwoch	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Donnerstag	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Freitag	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Samstag	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Sonntag	_____	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	von _ _:_ _ bis _ _:_ _	_____ h
Gesamt				_____ **h**

Datum, Unterschrift Kunde* | Datum, Unterschrift Mitarbeiter | Datum, Unterschrift smb

*Die Anerkennung der AGBs, sowie die Richtigkeit der Angaben und die ordnungsgemäße Durchführung der Arbeiten wird bestätigt.
**Die Angaben auf diesem Tätigkeitsnachweis sind von mir wahrheitsgemäß gemacht worden. Ich bin mir bewusst, für falsche Angaben arbeits- und steuerrechtlich haften zu müssen.