

Tätigkeitsnachweis

Kunde: _____

Mitarbeiter/-in Name, Vorname _____

Original weiß: AnlaMeda GmbH
Kopie blau: Kunde
Kopie grün: Mitarbeiter

Tag	Datum	Arbeitszeit		Pause	Ges. Std. ohne Pause
		von	bis		
Mo					
Di.					
Mi.					
Do.					
Fr.					
Sa.					
So					
Stunden insgesamt					

Die Richtigkeit der obigen Angaben werden bestätigt. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen werden anerkannt.

Datum / Stempel / Unterschrift Auftraggeber

Datum / Unterschrift Mitarbeiter/-in

Minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimalminuten	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,5	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00