

Kundennummer:		Personalnummer:		Interne Vorgangsnummer:	
Jahr:		Monat:		Original: G-medical Gelb: Kunde Rosa: Mitarbeiter	
	Datum	Dienstbeginn	Dienstende	Netto-Arbeitszeit	Anmerkungen (wenn keine Pause, dann hier notieren)
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					
				Gesamtarbeitszeit	

Name, Vorname Mitarbeiter

Unterschrift Mitarbeiter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich richtige Angaben gemacht zu haben.

Name Kundenbetrieb

Einsatzort / Kostenstelle

Unterschrift und Stempel Kunde

Mit unserer Unterschrift bestätigen die Arbeitszeiten

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	1,0