

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

**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