pro-biz
PERSONALBERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

PRO-BIZ • INH. DANIEL LANDSCHULZ • HAVELLAENDER WEG 24 • 14612 FALKENSEE

Name:	Einsatzort:	Tätigkeit:

KW:

Datum	Brutto-Arbeitszeit Beginn	Brutto-Arbeitszeit Ende	Pausendauer in Minuten	Netto-Arbeitszeit Stunden	Netto-Arbeitszeit Minuten
			Nettoarbeitszeit gesamt:		

Stempel / Unterschrift vom Auftraggeber

KW:

Datum	Brutto-Arbeitszeit Beginn	Brutto-Arbeitszeit Ende	Pausendauer in Minuten	Netto-Arbeitszeit Stunden	Netto-Arbeitszeit Minuten
			Nettoarbeitszeit gesamt:		

Stempel / Unterschrift vom Auftraggeber

KW:

Datum	Brutto-Arbeitszeit Beginn	Brutto-Arbeitszeit Ende	Pausendauer in Minuten	Netto-Arbeitszeit Stunden	Netto-Arbeitszeit Minuten
			Nettoarbeitszeit gesamt:		

Stempel / Unterschrift vom Auftraggeber

KW:

Datum	Brutto-Arbeitszeit Beginn	Brutto-Arbeitszeit Ende	Pausendauer in Minuten	Netto-Arbeitszeit Stunden	Netto-Arbeitszeit Minuten
			Nettoarbeitszeit gesamt:		

Stempel / Unterschrift vom Auftraggeber

Leistungsnachweis

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben: _____

(Datum / Unterschrift)

AB 6H ARBEITSZEIT MUSS EINE MINDESTPAUSE VON 30 MIN. ABGEZOGEN WERDEN.
AB 9 H ARBEITSZEIT MUSS EINE MINDESTPAUSE VON 45 MIN. ABGEZOGEN WERDEN.
ES DARF PRO TAG NICHT MEHR ALS 10 H NETTOARBEITSZEIT GEARBEITET WERDEN.
AN JEDEM LETZTEN WOCHENARBEITSTAG MUSS DIESER NACHWEIS INS PRO-BIZ BÜRO GESENDET WERDEN

pro-biz E-Mail: **info@pro-biz.de** pro-biz Fax: **030 / 700 101 499**