

ARBEITER		KUNDE	
-----------------	--	--------------	--

Tag	Jahr:	Arbeits ZEIT		Arbeits STD	Arbeits ORT	Projekt (Nr.)	Keine Arbeit*
	Datum	von	bis				
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							

proworks Personal & Montageservice GmbH	SUMME STD	*KEINE Arbeit: Urlaub, Feiertag, Krankenstand, Zeitausgleich, Sonstiges
---	----------------------------	---

Richtigkeit des Arbeitsnachweises wird mit Unterschriften bestätigt und gilt als verbindliche Grundlage für Fakturierung

Unterschrift ARBEITNEHMER	Unterschrift KUNDE