

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

Tag	Jahr:	Arbeits ZEIT		Arbeits STD	Arbeits ORT	Projekt (Nr.)	keine Arbeit*
	Datum	von	bis				
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
proworks Personal & Montageservice GmbH		SUMME			*KEINE Arbeit: Urlaub, Feiertag, Krankenstand, Zeitausgleich, Sonstiges		
		STD					

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

Unterschrift ARBEITNEHMER	Unterschrift KUNDE
Arbeitsnachweis : KUNDE	proworks Personal & Montageservice GmbH
Original; S.1	