

Stundennachweis:

Mitarbeiter: Name, Vorname _____

Auftraggeber: PLZ, Ort _____

Dieser Stundennachweis ist Grundlage für die Erstellung der Rechnung und wird dieser als Kopie beigelegt. Mit Unterschrift und Stempel Ihrer Einrichtung bestätigen Sie als Auftraggeber oder stellvertretend für diesen, die korrekte und vollständige Auflistung aller geleisteten Arbeitsstunden und Dienste. Rückwirkende Abzüge sind nicht möglich.

Tragen Sie die **Arbeitszeiten** bitte im **24h Format ein** z.B. 8:00 bis 17:00 Uhr ein. Zuschläge für Nachtdienste, Wochenenden und Feiertage werden von uns anhand des Datums und der Arbeitszeiten ermittelt.

Datum	Dienstbeginn	Dienstende	Pause von/bis	Bemerkung	Std ohne Pause
TT/MM/JJ	von Uhrzeit	bis Uhrzeit	9:00 - 9:30	z. Bsp. Urlaub	z.Bsp. 7,0 Std
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					
Gesamtstunden ohne Pause					

/

Ort, Datum Unterschrift des
 Medical4u Mitarbeiters

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

/

Ort, Datum Kundenstempel und
 Unterschrift des
 Unterschriftsbevollmächtigten

Umrechnungstabelle - Minuten in Dezimal:

Stundenzettel bitte jeweils am Montag unterschrieben per Email an:
stundennachweise@medical4u.org

5 min = 0,08 Std	10 min = 0,17 Std
15 min = 0,25 Std	20 min = 0,33 Std
25 min = 0,42 Std	30 min = 0,5 Std
35 min = 0,58 Std	40 min = 0,67 Std
45 min = 0,75 Std	50 min = 0,83 Std
55 min = 0,92 Std	