

Stundennachweis

Monatsabrechnung



Mitarbeiter: _____

Monat/Jahr: _____

Team: _____

Datum:	Dienstart:	Von:	Bis:	Gesamt:	Pause:	Bemerkung:
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Unterschrift MA: _____

Auszufüllen von Mitarbeiter:

Auszuzahlende Überstunden: _____

Unterschrift TL: _____

Bemerkung: _____

Auszufüllen von Niederlassungsleitung:

Stunden: _____

Pflegezulage: _____

Fahrtkosten: _____

Unterschrift PDL: _____