

Stundennachweise

VOM KUNDEN AUSZUFÜLLEN	VOM MITARBEITER AUSZUFÜLLEN					
KUNDE:	NAME MITARBEITER:					
Datum:	Dienst					
	Datum	Beginn	Ende	Pause	geleistete Arbeitszeit	Abteilung/Station/Wohnbereich
	Mo.					
	Di.					
	Mi.					
	Do.					
	Fr.					
	Sa.					
	So.					
Ansprechpartner: Funktion:	Summe geleistete Arbeitszeit:					
	<p>Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Aufzeichnung auf dem Stundennachweis und bestätige, dass der Stundennachweis von einem bevollmächtigten Organ des Kunden bestätigt wurde.</p> <p>Datum: _____ Unterschrift: _____</p>					
<p>Der Stundennachweis dient zur Erstellung Ihrer Rechnung (gemäß den Geschäftsbedingungen und der Auftragsbestätigungen der Austrify Medical GmbH). Mit der Unterzeichnung erkennen Sie die Angaben auf dem Stundenzettel der Einsatzbestätigung als richtig an. Eine Kopie bleibt als Beleg bei Ihnen.</p>	<p>Der Stundennachweis ist jeweils spätestens am Montag der Folgewoche per Mail oder Fax an Austrify Medical zu schicken.</p> <p>Am Monatsanfang bitten wir, einen neuen Stundennachweis zu verwenden.</p> <p>Arbeitsverhinderungen sind umgehend an Austrify Medical zu melden.</p> <p>Bei Arbeits- oder Wegunfälle ist das Büro von Austrify Medical sofort zu verständigen, auch wenn die Arbeit nicht eingestellt wird.</p>					

