

STUNDENNACHWEIS

VOM MITARBEITER AUSZUFÜLLEN							VOM KUNDEN AUSZUFÜLLEN
NAME MITARBEITER:							Name des Kunden:
		Dienst					
Tag	Datum	Beginn (Uhrzeit)	Ende (Uhrzeit)	Pause (Std.)	geleistete Arbeitszeit (Std.)	Abteilung/Station/Wohnbereich	Unterschrift DGKP/Stationsleitung
Mo.							
Di.							
Mi.							
Do.							
Fr.							
Sa.							
So.							
Summe geleistete Arbeitszeit:							
<p>Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Aufzeichnung auf dem Stundennachweis und bestätige, dass jeder Dienst von einem bevollmächtigten Organ des Kunden bestätigt wurde.</p> <p>Datum: _____ Unterschrift: _____</p>							Stempel/Unterschrift Kunde
<p>Der Stundennachweis ist jeweils spätestens am Montag der Folgewoche per Mail an office@austrify-medical.at oder Fax an Austrify Medical zu schicken. Am Monatsanfang bitten wir, einen neuen Stundennachweis zu verwenden. Arbeitsverhinderungen sind umgehend an Austrify Medical zu melden. Bei Arbeits- oder Wegunfälle ist das Büro von Austrify Medical sofort zu verständigen, auch wenn die Arbeit nicht eingestellt wird.</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>

