



SCHICKOR ■

PERSONALDIENSTLEISTUNGs GmbH
Ihr Partner für Personal- und Arbeitsplatzfragen

--	--	--	--	--

Personal - Nr.

Name	Vorname	Kfz. - Kennz.
Kunde		
Adresse	Einsatzstelle	

Tag	Arbeitszeit von	bis	Gesamtstunden (ohne Pausenzeiten)
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			
Summe			

Dresden: Tel. 0351 6 56 70-30 Fax-31
 NL Eisfeld: Tel. 03686 61 55-18 Fax-21
 NL Erfurt: Tel. 0361 6 58 87-57 Fax-58
 NL Großenhain: Tel. 03522 52 7-5 55 Fax-3 30
 NL Leipzig: Tel. 0341 25 34 79-20 Fax-29

Stundennachweis

vom _____ bis _____
 Auftrags - Nr. _____
 Abteilung _____

Unter Bezugnahme auf den uns übersandten Arbeitnehmer - Überlassungsvertrag bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben auf diesem Stundennachweis.

Tag _____

Stempel / Unterschrift Auftraggeber

Ich erkläre, dass ich diesen Stundennachweis wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Tag _____
 Unterschrift Mitarbeiter _____