

## STUNDENABRECHNUNG

Mitarbeitername: \_\_\_\_\_  
 Rechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Projekt-Nr.: \_\_\_\_\_

Einsatzfirma: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Wochentag	Datum	Anwesenheit Von Bis	Davon Pausen	Reine Arbeitsstunden	Wenn weniger als vertraglich vereinbarte Arbeitszeit, bitte Grund angeben (vom Mitarbeiter auszufüllen)
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					
<b>Gesamt:</b>					

Hiermit versichere ich, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.  
 Es ist mir bewusst, dass von mir verschuldete und/oder auf diesem  
 Dokument nicht begründete Fehlzeiten nicht durch TB Industrie Service GmbH  
 bezahlt werden.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Mitarbeiter

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der oben aufgeführten Stundenabrechnung.  
 Die Gesamtstundenzahl wird hiermit als korrekt anerkannt.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Kunde (rechtsverbindlich)