

Tätigkeitsnachweis



conceptAS GmbH, Wilhelmstraße 20, 71638 Ludwigsburg

Firma:	
Strasse:	PLZ / Ort:
Vorgesetzter:	
Mitarbeiter:	
Tätigkeit als:	Kalenderwoche:
Personal-Nr.:	Auftrag-Nr.:

	Datum:	von:	bis:	Pausendauer:	Arbeitsstunden ohne Pausen:		
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
				Gesamt-Arbeitszeit:			

Hellgrau hinterlegte Felder werden von conceptAS ausgefüllt

Ich versichere, dass ich die von mir geltend gemachten Arbeitsstunden und Leistungen in dieser Woche tatsächlich erbracht und das Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Fehlende Stunden / Fehlzeiten habe ich selbst zu verantworten und beanspruche hierfür keinen Lohn. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben Schadensersatzforderungen nach sich ziehen können.

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in

Hiermit bestätigt der Entleiher die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit und die Richtigkeit der angegebenen Stunden.

Datum, Unterschrift und Stempel des Kunden

Vermerke:

Bitte mit der Post zurückschicken oder per E-Mail an: stunden@conceptas24.de