Name		Pers.-Nr.			Monat		Unterschrift								Datum			Arbeitszeitnachweis														
Auftragsgebund. Leistungen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	Summe
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15 **Arbeitsbeginn**																																
16 **Arbeitsende**																																
17 **Pausenzeit**																																
18 Erholungsurlaub																																
19 Wochenfeiertag																																
20 Freistellung aus pers. Gründen																																
21 Arb'befreiung durch ärztl. Attest																																
22 Unbezahlte Freistellung																																
23 Überstunden / Absetzen																																
24 Summe Std.																																0,00
25 Nachtschichtzuschlag 25%																																
26 Nachtschichtzuschlag 35%																																
27 Feiertagszuschlag																																
28 Sonntagszuschlag																																
29 Übernachtungskosten																																
30 Erstattungen																																
31 Reisezeit																																
32 Auslösung																																
33 Nahauslösung																																
34 Wegezeit																																