

Mitarbeiter:

Kundenunternehmen:



AQV MEDICAL

	Datum	Anwesenheit	Pause	Arbeitsstunden	Bemerkung
Montag		-			
Dienstag		-			
Mittwoch		-			
Donnerstag		-			
Freitag		-			
Samstag		-			
Sonntag		-			

SUMME der Stunden ohne Pause:

Bestätigung der oben eingetragenen Stunden

Stempel / Unterschrift Kunde

Unterschrift Mitarbeiter

Minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
Dezimal	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,5	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92