


Stunden- Fahrten- und Verpflegungsnachweis

Bitte senden an: 

E-Mail: info@kon-care.de
 Fax: 05021 916 65 41

Mitarbeiter _____

Auftraggeber, Ort _____

Monat _____

Dieser Stundenzettel ist Grundlage für die Erstellung der Rechnung. Mit Unterschrift und Stempel Ihrer Einrichtung bestätigen Sie als Auftraggeber oder stellvertretend für diesen, die korrekte und vollständige Auflistung aller geleisteten Arbeitsstunden und Dienste. Rückwirkende Abzüge sind nicht möglich.

Bitte die Stundennachweise wöchentlich an KonCare® **per Fax oder per E-Mail** zuschicken, sonst können die Stunden nicht mehr für die Lohnabrechnung berücksichtigt werden!

Verpflegung: Bitte setzen Sie ein Häkchen, wenn an diesem Tag eine Mahlzeit erhalten wurde.

Tag	bei ges. Feiertage (bitte ankreuzen)	Verpflegung	Datum TT/MM/JJ	von - bis Einsatzzeit (z.B. 6:00-14:00)	Pause (z.B. 30 Min)	Hinfahrt (km)	Rückfahrt (km)	Gesamtarbeitszeit (z.B. 7,5 h)
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
Sa								
So								

Wöchentliche Gesamtarbeitszeit = _____

Tragen Sie die Arbeitszeiten bitte im 24 Stunden Format z. B. 8:00 bis 17:00 ein. Zuschläge für Nachtdienste, Wochenenden und Feiertage werden von uns anhand des Datums und der Arbeitszeiten ermittelt.

 **Aus Datenschutzgründen dürfen die Stundenzettel nicht über WhatsApp geschickt werden!**

X _____

Unterschrift (Mitarbeiter)

Ort / Datum: _____

X _____

Unterschrift und Stempel (Auftraggeber)

Ort / Datum: _____