

Kundennummer:		Personalnummer:			Interne Vorgangsnummer:		
Jahr:		Monat:			Original: GrevMed Gelb: Kunde Rosa: Mitarbeiter		
	Datum	Dienstbeginn	Dienstende	Netto-Arbeitszeit	Anmerkungen (wenn keine Pause, dann hier notieren)		
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							
				Gesamtarbeitszeit			

Name, Vorname Mitarbeiter

Unterschrift Mitarbeiter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich richtige Angaben gemacht zu haben.

Name Kundenbetrieb

Einsatzort / Kostenstelle

Unterschrift und Stempel Kunde

Mit unserer Unterschrift bestätigen die Arbeitszeiten

Minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimalminuten	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,5	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,0