



Personaldienste
GmbH

FAX: 0732 / 67 32 82-33

MONTAGENACHWEIS

Anschrift des Beschäftigterbetriebs

Mitarbeiter

LOHNWOCHE _____

NAME _____

JAHR _____

VORNAME _____

VERRECHNUNG

TAG	DATUM	EINSATZORT Baustelle	ARBEITSZEIT		PAUSEN	ARBEITSZEIT (in Stunden)		SONSTIGER VERMERK	Fehlzeiten GRUND	U Urlaub K Krank A Arzt S Sonstiges
			VON	BIS		Gesamt	Normal ÜS 50% ÜS 100%			
MO										
DI										
MI										
DO										
FR										
SA										
SO										
GESAMTZEIT										K Nur mit Arztbestätigung

Der Unterschriftsberechtigte des Beschäftigterbetriebes bestätigt mit seiner Unterschrift die geleisteten Arbeitsstunden unseres Mitarbeiters, sowie die ordnungsgemäße und richtige Ausführung der geleisteten Arbeit, sowie die Entbindung für Haftung bei Folgeschäden, die der überlassene Arbeitskraft im Nachhinein zugeschrieben werden könnte, da dieses Personal lt. AÜG der Dienstaufsicht des Beschäftigterbetriebes untersteht. Die Unterschrift gilt als Firmenzeichnung.
MONTAGENACHWEISE MÜSSEN WÖCHENTLICH BEI UNS AUFLIEGEN DA NUR DANN EINE PÜNKTLICHE LOHNÜBERWEISUNG GEWÄHRLEISTET WERDEN KANN. BEI BEGINN EINES NEUEN MONATS MUSS EIN NEUER MONTAGENACHWEIS VERWENDET WERDEN.

MITARBEITER für die Richtigkeit der Angaben

KUNDE für die Richtigkeit und Überprüfung

FILIALE Prüfung

Datum

Datum

Datum

WEISS für KUNDE

GELB für MITARBEITER

GRÜN für FILIALE

BLAU retour an Kunden bei Rechnungslegung

Verteiler: