

STUNDENBERICHT _____ 202__ Monat						MITARBEITER:	
TAG	ARBEITSZEIT VON – BIS	PAUSE	GESAMT ARBEITSZEIT	NORMAL STUNDEN	ÜBERSTD. 50%	ÜBERSTD. 100%	EINSATZ UND BEMERKUNG
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.							

\_\_\_\_\_  
Datum, Bestätigung Kunde

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitarbeiter