


Vom Mitarbeiter auszufüllen und vom Kunden zu bestätigen

|   |       | <h2 style="margin: 0;">Tätigkeitsnachweis</h2> |     |  |                    |             |
|---|-------|--|-----|--|--------------------|-------------|
| Vor- und Zuname des Mitarbeiters:   |       |  |     |  |                    |             |
| Die Arbeitszeitangabe entspricht <input type="checkbox"/> Std./Min.<br><input type="checkbox"/> Dezimalwert   |       |  |     |  |                    |             |
| Tag   | Datum | Arbeitszeit                                    |     | Gesamtstunden<br>ohne Pause<br>(reine Arbeitszeit)   | Umrechnungstabelle |             |
|   |       | von  | bis |  | Minuten            | Dezimalwert |
| Mo  |       |  |     |  | 5 = 0,09           |             |
| Di  |       |  |     |  | 10 = 0,17          |             |
| Mi  |       |  |     |  | 15 = 0,25          |             |
| Do  |       |  |     |  | 20 = 0,33          |             |
| Fr  |       |  |     |  | 25 = 0,42          |             |
| Sa  |       |  |     |  | 30 = 0,50          |             |
| So  |       |  |     |  | 35 = 0,58          |             |
|   |       |  |     |  | 40 = 0,67          |             |
|   |       |  |     |  | 45 = 0,75          |             |
|   |       |  |     |  | 50 = 0,83          |             |
|   |       |  |     |  | 55 = 0,91          |             |
| gesamt:   |       |  |     |  | 60 = 1,00          |             |
| Kundenname:   |       |  |     |  |                    |             |
| Die Richtigkeit der Angaben und die damit im Zusammenhang stehenden Stunden erkennen wir an.<br>Der Arbeitnehmerüberlassungsvertrag der Penum MED GmbH, Penum MED Leipzig GmbH, Penum MED Köln GmbH und deren allg. Geschäftsbedingungen liegen uns vor und werden durch unsere Unterschrift bestätigt. |       |  |     | Einsatzort:<br><br>Die v.g. Fehlzeiten sind von mir zu vertreten. Ich bin mir darüber bewusst, dass diese Fehlzeiten nicht bezahlt werden. |                    |             |
| Unterschrift und Stempel des Kunden   |       |  |     | Unterschrift des Mitarbeiters  |                    |             |

Originalbeleg für den Kunden

Bitte sende Deine Tätigkeitsnachweise an:

Stuttgart, Hauptverwaltung

Penum MED  
 Marienstraße 5  
 70178 Stuttgart  
 Tel: +49 (0) 711 - 90 71 25 -0  
 Fax:+49 (0) 711 - 90 71 25 -28  
 Stuttgart@Penum-MED.de  
 www.Penum-MED.de