

STUNDENNACHWEIS				PERSONALSERVICE m a r g a r e t e f e n d e l								
Heinrich-Nordhoff-Str. 27 · 38440 Wolfsburg · Telefon 05361/84808-0 · Telefax 05361/84808-10				m a r g a r e t e f e n d e l				Pers.-Nr.				
Einsatz bei Fa.:			Einsatzort/Baustelle			Name:						
Kostenstelle Kunde:			KW:		Monat:		Einsatz über Niederlassung:		Prov <input type="checkbox"/>	LoBu <input type="checkbox"/>	Rg <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/>
Tag	Datum	Arbeitszeit		Pausenzeiten	Arbeits-Std. (ohne Pause)	Fahrt zum Einsatzort		Bemerkungen Mitarbeiter	Buchhaltung			
		von	bis			Gesamt- Fahrzeit	Gesamt km		Bemer- kungen	VMA	Unter- bringung	
Mo												
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Gesamt:												
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:						Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben und die Geltung Ihrer Allgemeinen Geschäftsbedingungen						
Datum _____ Unterschrift / Mitarbeiter _____						Datum _____ Unterschrift / Stempel des Kunden _____						

PERSONALSERVICE m a r g a r e t e f e n d e l		Nur vom Mitarbeiter auszufüllen! / Uitsluitend door medewerkers invullen!									
REISEKOSTENABRECHNUNG		Monteur/Name:			KW:		Datum: vom		bis		
Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> tägliche Heimfahrt <input type="checkbox"/> länger als 3 Monate ohne Baustellenwechsel <input type="checkbox"/> Einsatz in Deutschland <input type="checkbox"/> Einsatz in den Niederlanden <input type="checkbox"/> Einsatz sonstiges Land <input type="checkbox"/> eigene PKW Benutzung <input type="checkbox"/> Zug <input type="checkbox"/> Pendeldienst PSMF: <input type="checkbox"/> WOB-NL <input type="checkbox"/> NL-WOB											
gefahrene km mit Privat-PKW											
Tag	Datum	Übern.	Fahrzeit von - bis	Montageort	gefahrene km vom Wohnort (D) zur Unterkunft (NL) / Unterkunft (NL) zum Wohnort (D)	gefahrene km von Unterkunft zum Projekt	gefahrene km von Wohnort (D) nach WOB-Zentrale und zurück und von NL nach WOB-Zentrale				
Sa		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
So		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
Mo		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
Di		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
Mi		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
Do		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
Fr		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
Sa		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
So		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Ort / Datum:

Unterschrift: