



# STUNDENNACHWEIS

## WIR FINDEN DIE RICHTIGEN KÖPFE

Personalberatung  
 Personalleasing  
 Recruitment | Profiling

**Niederlassung Amberg**  
 Vilsstraße 3 · 92224 Amberg  
 Tel. +49 (0) 9621 913575-0  
 Fax +49 (0) 9621 913575-2

**Niederlassung Gotha**  
 Leinastraße 75 · 99867 Gotha  
 Tel. +49 (0) 3621 73995-0  
 Fax +49 (0) 3621 73995-29

**Niederlassung Offenburg**  
 Okenstraße 11 · 77652 Offenburg  
 Tel. +49 (0) 781 970594-0  
 Fax +49 (0) 781 970594-29

[www.hrman.de](http://www.hrman.de)

Woche    Monat    Jahr

--	--	--	--	--

Kd-Nr. \_\_\_\_\_ Ma-Nr. \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**VERTEILER:** Original = HR Management · Blau = HR Management · Gelb = Mitarbeiter · Grün = Kunde

Kundenbetrieb	Niederlassung
	Name
Straße	Vorname
PLZ, Ort	Straße
abweichender Beschäftigungsort	PLZ, Ort
	eingesetzt als
	Abteilung

TAG/DATUM	ARBEITSZEIT	GESAMTSTUNDEN
So.	: bis :	,
Mo.	: bis :	,
Di.	: bis :	,
Mi.	: bis :	,
Do.	: bis :	,
Fr.	: bis :	,
Sa.	: bis :	,
So.	: bis :	,

### BITTE BEACHTEN SIE:

- Bei Monatswechsel innerhalb einer Woche bitte zwei Stundennachweise verwenden!
- Der Stundennachweis muss freitags vom Kunden unterzeichnet und von Ihnen in der Niederlassung abgegeben werden.
- Sollten zum Monatsende Stundennachweise/Belege fehlen, werden diese Zeiten nicht vergütet.



### UMRECHNUNGSTABELLE:

Minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimalen	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,5	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00

Ich versichere, dass ich die geltend gemachten Arbeitsstunden und Leistungen in dieser Woche ordnungsgemäß erbracht und den Stundennachweis korrekt ausgefüllt habe. **Ich bin mir bewusst, dass Fehlzeiten, die von mir zu verantworten sind, nicht von HR Management bezahlt werden.**

Summe in Dezimalen \_\_\_\_\_

Fehlzeiten (Stunden) \_\_\_\_\_

Hiermit wird die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeiten und die Richtigkeit der angegebenen Stunden bestätigt. Die quittierten Stunden sind reine Arbeitszeiten, sämtliche Pausen und Fehlzeiten sind abgezogen.

Begründung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Firmenstempel / Unterschrift des Kunden \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitarbeiters \_\_\_\_\_