

Stundennachweis

go fair Zeitarbeit GmbH

Fax: 040 – 853 72 45 58

Mail: buchhaltung@gofair-pflege.de

Name:		Name Pflegeeinrichtung:	
Vorname:		Qualifikation:	

Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum							

Station							
Frühdienst							
Pause FD							

Station							
Spätdienst							
Pause SD							

Nachtdienst							
Pause ND							

Arbeitszeit netto							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Abgabetermin ist spätestens Montag der Folge-Woche!

Datum/Unterschrift Mitarbeiter

Datum/Unterschrift Zeichnungsberechtigter Pflegeeinrichtung