

## Stundennachweis

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Bei Monatswechsel mit neuen Tätigkeitsnachweis beginnen!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Kunde / Firma: \_\_\_\_\_

Einsatzort / Station: \_\_\_\_\_

aza GmbH  
Annastraße 11  
D-68519 Viernheim



**aza**  
Fachkräfte im  
Gesundheitswesen

Azadeh Shariat Zadeh  
Mobil: 0152 29460227  
Tel.: 06204 701733  
E-Mail: Info@azaGmbH.com  
[www.azaGmbH.com](http://www.azaGmbH.com)

| Zeitraum                     | KW    | Arbeitszeit |     |               | Std dezimal<br>reine<br>Arbeitszeit | Bemerkung / Art der Arbeit | Rufbereitschaft<br>inaktiv |     | Rufbereitschaft<br>aktiv |     |
|------------------------------|-------|-------------|-----|---------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|--------------------------|-----|
|                              |       | von         | bis | Pause<br>Min. | Beginn<br>Pause                     |                            | von                        | bis | von                      | bis |
| Tag                          | Datum |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| MO                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| DI                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| MI                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| DO                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| FR                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| SA                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| SO                           |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |
| Gesamte Nettoarbeitsstunden: |       |             |     |               |                                     |                            |                            |     |                          |     |

Die quitierten Stunden sind reine Arbeitszeit, sämtliche Pausen sind abgezogen. Wir erkennen die obigen Stunden an und bestätigen die ordnungsgemäße Ausführung der Arbeit.  
Der diesem Antrag zugrunde liegende Arbeitnehmerüberlassungsvertrag gemäß Art 1 § 12 AÜG und allgemeine Geschäftsbedingungen werden durch Unterschrift bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Mitarbeiter

Ich erkläre, dass ich dieses Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt habe