

Taifun Dienstleistungs GmbH	Telefon:	06257-504 99-90
Am Elfengrund 47	Fax:	-91
64297 Darmstadt	Mobil:	0160-96 34 73 73



Arbeitsschein-Nr. 850.2

Kunde:	SK-Büroverwaltung & Immobilien GmbH	Projekt-Nr:	P64285001.001
Straße:	Klappacher Str. 130	Kunden-Nr:	K64285008
Ort:	64285 Darmstadt		
Objekt:	WEG (Wohnungseigentümer-Gemeinschaft)		
Straße:	Paul-Wagner-Str. 30		
Ort:	64285 Darmstadt		
Kontakt:	Frau Silke Kneib	Telefon:	06257-594635
Auftrag:	Unterhaltsreinigung Treppenhaus	ab ca.	09:00

Notizen:

Unterhaltsreinigung Treppenhaus  
am 1. Mittwoch

Datum	Mit- arbeiter	Arbeitszeit Beginn	Ende	vertretungsberechtigte Unterschrift	Kunde bzw. Auftraggeber
3 02.03.2016	ES	12 <sup>00</sup>	13 <sup>45</sup>		
10 08.03.2016	ES	12 <sup>00</sup>	13 <sup>45</sup>		
17 18.03.2016	ES	12 <sup>00</sup>	13 <sup>45</sup>		
24 28.03.2016	ES	10 <sup>00</sup>	11 <sup>40</sup>		
30.03.2016	ES	11 <sup>00</sup>			

ES = Sporer, Eva-Maria

Die ordnungsgemäße Ausführung obiger Arbeiten wurde überprüft und durch Unterschrift bestätigt.  
Reklamationen innerhalb von 2 Werk-Tagen.

Taifun Dienstleistungs GmbH
Am Elfengrund 47
64297 Darmstadt

Kunde:	SK-Büroverwaltung &
Straße:	Klappacher Str. 130
Ort:	64285 Darmstadt
Objekt:	WEG (Wohnungseige
Straße:	Paul-Wagner-Str. 30
Ort:	64285 Darmstadt
Kontakt:	Frau Silke Kneib
Auftrag:	Unterhaltsreinigung T

Notizen:

Unterhaltsreinigung Treppenha  
am 1. Mittwoch

Datum	Mit- arbeiter	Arbeits- Beginn
02.03.2016	ES	
09.03.2016	ES	
16.03.2016	ES	
23.03.2016	ES	
30.03.2016	ES	

ES = Sporer, Eva-Maria

Die ordnungsgemäße Ausführung obige  
Reklamationen innerhalb von 2

# STUNDENNACHWEIS

Name Arbeitnehmer:	Sporer E.M.
Objekt:	Treppenhaus Eberstadt
Kostenstelle:	Paul-Wagner-Str. 30

Pausen sind einzuhalten: Zwischen mehr als 6 Stunden bis 9 Stunden mindestens 30 Minuten, mehr als 9 Stunden 45 Minuten, diese können in jeweils 15 Minuten Teilabschnitte genommen werden. Die Pausen müssen auf den Stundenzetteln ausgewiesen werden.

Monat: März      Jahr: 2016

	gereinigt: von / bis	Pause: von / bis	gereinigt: von / bis	Stunden	Unterschrift Arbeitnehmer, arbeitstätig:	Abweichungen (bitte begründen):
1						
2						
3	12 <sup>00</sup> 13 <sup>45</sup>					
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10	12 <sup>00</sup> 13 <sup>45</sup>					
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17	12 <sup>00</sup> 13 <sup>45</sup>					
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24	12 <sup>00</sup> 13 <sup>45</sup>					
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31	u					

Die unteren Felder sind vom Lohnbüro auszufüllen, bitte nicht beschriften.

Personalnr.	
Produktive Std.	
Krankheit Std.	
Urlaub Std.	
Feiertag Std.	

Urlaub 31.03.16 - 08.04.16