

# Stundenabrechnung

apm medical services GmbH

Eschersheimer Landstraße 26, 60322 Frankfurt  
Tel. 069/8570090 · Fax 069/85700910

Königstraße 10c, 70173 Stuttgart  
Tel. 0711/22254107 · Fax 06021/359335

Werbachstraße 54–56, 63739 Aschaffenburg  
Tel. 06021/35930 · Fax 06021/359335

Nürnberger Straße 19, 63450 Hanau  
Tel. 06181/906680 · Fax 06181/9066820

Auweg 27, 63920 Großheubach  
Tel. 09371/6502614 · Fax 09371/9471161



Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Abtlg.: \_\_\_\_\_

Mitarbeitername: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Datum	eingesetzt als	von	bis	warum weniger als vertraglich vereinbarte tägliche Arbeitszeit (v. Mitarb. auszufüllen)	Pausen	Tatsächlich gearbeitete Stunden
Die Arbeit ist durch Ruhepausen von 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von 6 bis 9 Stunden und 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von über 9 Stunden zu unterbrechen. Es darf eine tägliche Arbeitszeit von 10 Stunden nicht überschritten werden.					Gesamt	

Hiermit versichere ich, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Die von mir verschuldeten Fehlzeiten habe ich oben begründet. Es ist mir bewußt, daß diese Fehlzeiten nicht durch die Firma APM bezahlt werden.

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit oben aufgeführter Stundenabrechnung. Die Gesamtstundenzahl wird hiermit als korrekt anerkannt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde (rechtsverbindlich)