

i CARE GmbH:Spichernstraße 77 | 50672 Köln
Telefon: 0221 | 71 61 24-0 · Fax: -99me@icaregmbh.de
www.icaregmbh.de**i CARE**
GMBH

Einsatzstelle: _____

Station | Abteilung: _____

KW: _____

Mitarbeiter: _____

Tag:	Datum:	Einsatzort:	Nummer der Kostenstelle:	Bemerkung:	Arbeitszeiten:		Pausenzeiten:		Stunden total: (reine Arbeitszeit)
					von:	bis:	von:	bis:	
Mo.									
Di.									
Mi.									
Do.									
Fr.									
Sa.									
So.									

Verteilung der Blätter:

1. Blatt: Kunde | 2. & 3. Blatt: i CARE GmbH | 4. Blatt: Mitarbeiter

Bitte nur die reine Arbeitszeit quittieren:

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter: _____

Unterschrift Kunde: _____

*Die eingetragenen Stunden erkennen wir an und bestätigen nochmals den zugrunde liegenden Arbeitnehmerüberlassungsvertrag, nach den bestehenden Gesetzen.**Die i CARE GmbH ist Inhaber der Erlaubnis zur gewerbsmäßigen Arbeitnehmerüberlassung gem. des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes.*