

Stundennachweis

Monat:

Mandant:

Personal-Nr.				
Name				
Gehaltsempfänger				
Arbeitsstd. Lohnempfänger				
Überstd.+Zuschlag.....%				
Provision				
Prämie				
Kita-Beitrag				
Urlaubstage				
Krankentage				
Erkrankung Kind				
Verpflegungsmehraufwand				
Fahrtkostenerstattung				
Erholungsbeihilfe				
VWL				
Direktversicherung				
Dienstwagenwechsel				
bAV				
Muttersch./Besch.verb./Elternz.				
sonstige Änderungen				

Datum:

Unterschrift Mandant: