

Arbeitsnachweis

Pflegekraft	Name:		Entleiher/ Einrichtung	Name:
	Vorname:			Abteilung:

**Bitte senden Sie den Arbeitsnachweis wöchentlich - jedoch spätestens am 3. des Folgemonats an die Prorentation GmbH:
per E-Mail an abrechnung@prorentation.de
Bei Krankheit melden Sie sich bitte umgehend beim Einsatzort sowie bei der Prorentation GmbH als Ihrem Arbeitgeber.
Bitte tragen Sie die Krankentage in den Arbeitsnachweis ein.**

Wochentag	Datum	Dienstzeiten (bei 6h - 9h --> 30min Pause über 9h --> 45 min Pause)				Bitte kennzeichnen! FT = Feiertag K = krank U = Urlaub Frei = frei	Fahrtkosten Bitte Bahntickets einreichen!		Verpflegungspauschale Bitte Stunden der Abwesenheit von zu Hause ankreuzen!	
		von	bis	Pause (h)	Nettoarbeitszeit (h)		A = Auto B = Bahn	von Ort --> bis Ort	8 - 24 h	über 24 h

Bitte halten Sie die gesetzlichen Pausenzeiten ein und lassen Sie den Arbeitsnachweis vom Entleiher unterzeichnen!

Datum:	Unterschrift Mitarbeiter	Unterschrift Entleiher
---------------	---------------------------------	-------------------------------