

OP-ASSISTENZ

ORTH/UCH

Name, Vorname

Monat

Tag	Arbeitszeiten									Summe
	von ... Uhr	bis ... Uhr	Stunden	von ... Uhr	bis ... Uhr	Stunden	von ... Uhr	bis ... Uhr	Stunden	Stunden
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										
Gesamtsumme										

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Unterschrift diensthabender Arzt