

ABWESENHEITSNACHWEIS

office@herrmann-personal.de

Fax: 0221 2040 979

Mitarbeiter/in:

Name:

Vorname:

Hiermit beantrage ich:

Urlaub

vom: _____ bis: _____ = _____ Arbeitstage

vom: _____ bis: _____ = _____ Arbeitstage

vom: _____ bis: _____ = _____ Arbeitstage

Zeitkontoausgleich

vom: _____ bis: _____ = _____ Arbeitstage

vom: _____ bis: _____ = _____ Arbeitstage

vom: _____ bis: _____ = _____ Arbeitstage

.....
Datum

.....
Unterschrift Mitarbeiter

.....
Datum

.....
Unterschrift Kundenbetrieb

.....
Datum

.....
Unterschrift HERRMANN