

Stundennachweis

Name:

Tätig als:

Vorname:

Beginn:

Straße:

Std. Satz:

Wohnort:

IBAN:

Geb. Ort:

Krankenkasse:

Geb. Datum:

Steuer ID-Nummer:

Beruf:

Sozialvers. Nummer:

Jahr 2024, Monat:						Reisekosten für Fahrgemeinschaften ab Agentur (nur vom Fahrer auszufüllen)		Sonstige Auslagen (Parken etc.)
Tag	Kunde	Beginn	Ende	Pause	Stunden	Reiseziel	Reisekosten (0,30 € je km)	
16.							km x 0,30 € = _____ €	
17.							km x 0,30 € = _____ €	
18.							km x 0,30 € = _____ €	
19.							km x 0,30 € = _____ €	
20.							km x 0,30 € = _____ €	
21.							km x 0,30 € = _____ €	
22.							km x 0,30 € = _____ €	
23.							km x 0,30 € = _____ €	
24.							km x 0,30 € = _____ €	
25.							km x 0,30 € = _____ €	
26.							km x 0,30 € = _____ €	
27.							km x 0,30 € = _____ €	
28.							km x 0,30 € = _____ €	
29.							km x 0,30 € = _____ €	
30.							km x 0,30 € = _____ €	
31.							km x 0,30 € = _____ €	
1.							km x 0,30 € = _____ €	
2.							km x 0,30 € = _____ €	
3.							km x 0,30 € = _____ €	
4.							km x 0,30 € = _____ €	
5.							km x 0,30 € = _____ €	
6.							km x 0,30 € = _____ €	
7.							km x 0,30 € = _____ €	
8.							km x 0,30 € = _____ €	
9.							km x 0,30 € = _____ €	
10.							km x 0,30 € = _____ €	
11.							km x 0,30 € = _____ €	
12.							km x 0,30 € = _____ €	
13.							km x 0,30 € = _____ €	
14.							km x 0,30 € = _____ €	
15.							km x 0,30 € = _____ €	

Hiermit bestätige ich, dass ich bei dem o.g. Arbeitgeber das „einzige“ Aushilfsarbeitsverhältnis unterhalte und sofort anzeigen werde, wenn sich diese Voraussetzung ändert, bzw. insgesamt nicht über Euro _____ monatlich komme. Ich bestätige hiermit, dass ich aus persönlichen Gründen keine weiteren Termine annehmen kann.

Datum, Unterschrift: _____

Per E-Mail an: stundennachweis@fipservice.de