


	DRK-Kreisverband Lübeck e.V. DRK-Betreuungsdienste Lübeck gGmbH	 Deutsches Rotes Kreuz
<h2 style="margin: 0;">Stundennachweis</h2>		

Ort des Impfzentrums: _____

Name: _____ Monat: _____

Datum	Uhrzeit von / bis	Gesamt- stunden	abzgl. Pausen	Stunden	Bemerkungen
01.					
02.					
03.					
04.					
05.					
06.					
07.					
08.					
09.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
Soll:			Gesamt:		
+/- Vormonat			+/- Gesamt		

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

Datum, Unterschrift Vorgesetzter

Kategorie	Ersteller	Erstelldatum	Version	Freigabe	Seite
ZD	A.Köstler	07.01.2021	1.0	T.Plitt	Seite 1/ 1