

## Wöchentlicher Arbeitsnachweis

Krankenhaus / Kunde:

Mitarbeiter/ in:

Wochentag	Datum TT.MM.JJ	Arbeitszeit Von - bis	Pausen- Abzug	Arbeitsstunden

**Total:**

**Verbindliche Unterschrift  
Stationsleitung/ Vertreter**

**Unterschrift des Mitarbeiters/in:**

### Kontakt

Careworker Medical  
 R & T GmbH  
 Taunusstraße 1  
 12309 Berlin  
 Mail: [info@care-worker.de](mailto:info@care-worker.de)

### Bankverbindung

Volksbank Oberberg  
 IBAN DE 82 3846 2135 0113 1290 18  
 BIC GENODED1WIL

### Angaben Steuer/ USt/ HRA

Finanzamt Berlin Neukölln  
 Steuer Nr: 29/249/32391  
 USt.-IdNr: DE315904482  
 HRB 192612 B