



LEO PERSONAL

IHR STARKER PARTNER. JEDERZEIT.

Name Arbeiter:

Name Firma:

Datum	Wochentag	Normal Arbeitsstunden	Überzeit 25%	Überzeit 50%	Spesen	Komission
	Montag					
	Dienstag					
	Mittwoch					
	Donnerstag					
	Freitag					
	Samstag					
	Sonntag					
TOTAL:						

Vorschuss	Ja / Nein
Summe	

Einsatz beendet am

Der Angestellte
(Bitte in Blockschrift)

Name

Vorname

Unterschrift

Firma
(Bitte in Blockschrift)

Name

Vorname

Unterschrift

Für allfällige Schäden, die durch unser temporäres Personal verursacht werden, übernimmt die Leo Personal GmbH keine Haftung.