

sekretariat@adberlin.org
www.adberlin.com

Name, Vorname:

Nacht- und Wochenend-Rufbereitschaftsdienst Abrechnungsformular für Assistent*innen

Gegebenenfalls auch Rückseite ausfüllen und **auf jeden Fall dort unterschreiben!**

bitte wenden

I. Rufbereitschaftsdienst Schichtzeiten

RB-SZ

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum	Schichtzeit
-----------------	-------------

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum	Schichtzeit	
-----------------	-------------	--

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum	Schichtzeit	
-----------------	-------------	--

[illegible]

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum _____ Schichtzeit _____ ☐

Wochentag/Datum Schichtzeit ☐

Name, Vorname: _____

Fahrtzeiten gelten als Einsatzzeiten

[illegible]

Berlin, _____