Name	des Kunden:			Name des A	rbeitnehmers:				PERMON Personal- und Montage Service Gn
Tag	 Datum	Einsatzort	Arbo	eitszeit bis	Reine Arb. Std./WZ	N	50 %	100 %	A-8071 Dörfla bei Graz, Hauptstraße Telefon (0316) 40 71 71, Fax 40 71 71 e-mail: office@permont.at www.permont.c
Mo.									DVR. 0744247, UID: ATU28816001
Di.									Bearbeitet:
Mi.									
Do.									
Fr.									
Sa.									
So.									
				SUMME					Wir bestätigen die Richtigkeit nebenstehender Angaben:
Auftr	agsnr.:		Unterschrift (les Arbeitnehme	ers:				
Beme	rkungen:								
	J								
									Kundenstempel und Unterschrift

ST	UNDE	NNACHV	VEIS DO	DWNL	OAD			
Name des Kunden: Name des Arbeitnehmers:								
Tag	Datum	Einsatzort	Arbeit von	szeit bis	Reine Arb. Std./WZ	N	50 %	100 %
Mo.								
Di.								
Mi.								
Do.								
Fr.								
Sa.								
So.								
			S	UMME				
Auftr	agsnr.:		Unterschrift de	s Arbeitnehm	ers:			
Bemo	erkungen:							