Leistungsnachweis Ehrenamtliche Mitarbeitende

LEBENSHILFE HELMSTEDT-WOLFENBÜTTEL

FIRMA **Ambulante Dienste gGmbH**

Einrichtung: **FuD**

Mitarbeiter/in: _____ _____

Name, Vorname Personalnummer

Jahr **Monat:**

Datum	Unterstützende Leistungen	Uhrzeit von - bis	Stunden
		Summe:	

_____ _____

Datum Unterschrift Übungsleiter/in

_____ _____ _____ _____

Datum Unterschrift Leitung des Bereiches (z.B. FuD) Datum Unterschrift Einrichtungsleitung