

| | | | |
|---------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | Unternehmer / Auftraggeber | | Aktenzeichen: |
| Mitglieds Nr. | Anschrift | | |
| 9990 | Auftragnehmer | Maschinenring Land Hadeln e.V. | Belegnummer: |
| Mitglieds Nr. | Anschrift | | Bergstr. 6, 21781 Cadenberge |
| | Steuernummer | 18/200/03121 | Tel: 04777 / 929500 |
| | Betriebsshelfer/in | | Fax: 04777 / 9295050 |

| Einsatzzeitraum | | Monat: | Jahr: | | <input type="radio"/> Krankheit / Kur / Unfall <input type="radio"/> Todesfall <input type="radio"/> Urlaubsvertretung <input type="radio"/> Arbeitseinsatz | |
|-----------------|-------|------------------------|-----------------------------|-----------|--|---|
| Tag | Datum | Uhrzeit: Anfang - Ende | Ges. effektive Arbeits-Std. | Km je Tag | € Verpfl. | Welche Tätigkeit wurde ausgeübt (z.B. Melken, Stallarbeit, Gülle fahren) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Summe | | | | | | |

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt. Die oben stehenden Angaben wurden täglich geführt. Sofern eine Kostenerstattung durch die Sozialversicherungsträger nicht oder nur zum Teil möglich ist, erklärt sich der Einsatzbetrieb mit der Abbuchung der Selbstbeteiligung, durch den MR Land Hadeln e.V., von seinem Betriebskonto einverstanden.

Datum _____ Unterschrift Betriebsshelfer _____ Unterschrift Unternehmer _____ Einsatz beendet: ja nein