

DNM

Van de Spiegelstraat 29 B, 4461 LJ Goes

T 0113 - 820 201

E info@dnm.nl



Bedrijf _____ Naam Flexkracht _____

Werkadres _____ Adres _____

Plaats _____ Woonplaats _____

Weeknummer:	%	ma	di	wo	do	vr	za	zo	Totaal uren
Normale uren	100								
Ploegenuren									
Ploegenuren									
Overuren < 2									
Overuren > 2									
Zaterdaguren									
Zondaguren									
Ziekte uren									
Vakantie uren									
Kort verzuim									
Kilometers w.w.	km								
Kilometers zakelijk	km								

In geval van ziekte zal ik DNM en de opdrachtgever voor 09.00 uur telefonisch op de hoogte brengen.

Als ik weer beter ben, meld ik dit tevens aan DNM.

Indien ik over het loontijdvak waarin ik via DNM werkzaam ben, een uitkering geniet, verplicht ik mij hierbij de uitkerende instantie van deze arbeidsinkomsten op de

Ik heb kennis genomen van de voorwaarden, zoals hierboven vermeld.

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik aan deze voorwaarden te voldoen.

Wij verklaren ons akkoord met het hierboven vermelde totaal aantal uren:

(Handtekening, Naam en

Einde opdracht : **ja/ nee**

Origineel DNM Roze Flexkracht Geel Klant

Handtekening Flexkracht

U R E N D E C L A R A T I E