

Checkliste: Kostenkontrolle

Projekt/Team _____

am _____ von _____

Nr.	Arbeitspaket	V ⁴	Arbeits-	Verbrauchs-	Geräte,	im Plan?		Bemerkungen
			stunden	material	Maschinen	ja	nein	
			SOLL	SOLL	SOLL			
IST	IST	IST						
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⁴ V = Kürzel des Verantwortlichen