

TIDRAPPORT - LÄKARE

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Bolag: \_\_\_\_\_

Sign: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ref.nr: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Arbetat som: \_\_\_\_\_

Vecka: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Dag	Veckoarbetstid		Jour		Beredskap A 30 min inställelse tid		Beredskap B 60 minuter inställelse tid	
	Arbetstid exkl. rast. Ange antal timmar	Ange mellan vilka klockslag Fr.o.m. – t.o.m.	Bundenhet (beredskap) Ange antal timmar	Störd tid Ange mellan vilka klockslag Fr.o.m. – t.o.m.	Bundenhet (beredskap) Ange antal timmar	Störd tid Ange mellan vilka klockslag Fr.o.m. – t.o.m.	Bundenhet (beredskap) Ange antal timmar	Störd tid Ange mellan vilka klockslag Fr.o.m. – t.o.m.
Måndag								
Tisdag								
Onsdag								
Torsdag								
Fredag								
Lördag								
Söndag								

Namnteckning (Verksamhetschef): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

**Det är bemanningsföretagets ansvar att bifoga tidrapporten med fakturan.**