Enhet/ort: _____ Avropsnr: _____

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

År & månad (ÅÅÅÅ-MM): _____ Period: _____ Läkarens namn: _____ (textat)

Timkostn: _____ Leverantör: _____

	ARBETSTID					**VARAV**				**VARAV**				**VARAV**				
						JOUR 1		**JOUR 2**		**BEREDSKAP 1**		**BEREDSKAP 2**		**Arbetad tid OB//JOUR/BEREDSKAP/**				
						Bunden tid		Bunden tid		Bunden tid		Bunden tid		**Varav aktiv tid + arbetad tid under OB**				
						07-07		07-07		07-07		07-07		00-07	21-24	07-13	13-24	00-24
	OBS! kom ihåg att fylla i lunch (HH:MM) **Övrig tid**					Fredag Lördag Söndag Vardag före Helgdag Vardag före Storhelg Helgdag Storhelg		Måndag Tisdag Onsdag Torsdag		Fredag Lördag Söndag Vardag före Helgdag Vardag före Storhelg Helgdag Storhelg		Annan tid = Måndag Tisdag Onsdag Torsdag		Vardag	Vardag	Lördag Dag före-Helgdag Dag före-Storhelg	Lördag Dag före-Helgdag Dag före-Storhelg	Söndag Helgdag Storhelg
	Faktor:				**1,00**	**Faktor:**	**0,5**	**Faktor:**	**0,25**	**Faktor:**	**0,22**	**Faktor:**	**0,11**	**2,00**	**1,50**	**1,50**	**2,00**	**2,00**
Datum	Från kl.	Till kl.	Lunch	Antal timmar	Tjänstg. minus "OB-tid" &jour/beredskap	Antal timmar	"Jour1" minus "aktiv tid"	Antal timmar	"Jour2 " minus "aktiv tid"	Antal timmar	"Beredskap" minus "aktiv tid"	Antal timmar	"Beredskap" minus "aktiv tid"	Varav timmar	Varav timmar	Varav timmar	Varav timmar	Varav timmar
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
					0		0		0		0		0					
Summa timmar:																		**Timmar**
														0 kr	**0 kr**	**0 kr**	**0 kr**	**0 kr** Kostnad

Normaltid:	0 kr
JOUR 1:	0 kr
JOUR 2:	0 kr
BEREDSKAP 1:	0 kr
BEREDSKAP 2:	0 kr
Arbete under Jourtid/Jour/Beredskap:	0,00 kr
TOTAL KOSTNAD:	**0,00 kr**

OBS! Tid för Arbetsplatsintroduktion (2 timmar) och klinisk introduktion (16 timmar) i början av tjänstgöreing ger ingen ersättning

Ort och datum: _____

Underskrift Inhyrd konsult: _____ Underskrift behörig på enhet: _____

Namnförtydligande _____