

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.