

Tjänsterapport

Tidrapporten skall vara attesterad av ledningsläkare/ledningssköterska vid avslutat arbetspass.
Vänligen notera orsak till varför arbetad tid avviker om det uppstår.

Rapporten ska skickas eller scannas till **bemanningsföretaget** vilken sedan utgör underlag tillsammans med fakturan.

Fält med * är obligatoriska.

Namn*	Personnummer*
Bemanningsföretag*	

Vecka:	Datum:*	Börjar kl:*	Slutar kl:*	Övrigt: Ange orsak om arbetad tid avviker från det som överenskommits.
Måndag				
Tisdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Lördag				
Söndag				

Underskrift ledningsläkare/ledningssköterska: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____