



Leverantör (konsultbolag)

Verksamhet / Enhet

Namn:

Läkarens kompetens*:
(Anges med en siffra)

* Kompetenser:

- 1) Allmänspecialist i Örebro
- 2) Specialistkompetens internmedicin
- 3) Annan specialist kompetens eller ST-läkare inom allmänmedicin
- 4) Legitimerad läkare

Pers nr:

År-vecka	Aktiv tid (exkl. rast)							
Datum	07:00 - 17:00		17:00 - 21:00		21:00 - 24:00		24:00 - 07:00	
mån	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
tis	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
ons	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
tor	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
fre	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
lör	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
sön	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
SUMMA	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m

Passiv tid			
Beredskap		Beredskap	
På arbetsplats		Utanför arbetsplats	
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m
<input type="text"/> h	<input type="text"/> m	<input type="text"/> h	<input type="text"/> m

Underskrift hyrläkare

Underskrift verksamhetschef / enhetschef

Namnförtydligande

Namnförtydligande