

| Ifylls av privatperson |              |
|------------------------|--------------|
| Namn                   | Personnummer |



Ifylld tidsrapport mailas  
till [tid@libracare.se](mailto:tid@libracare.se).

Tidsrapporten kan  
fotas eller scannas.

| Ifylls av läkare med f-skatt |                     |
|------------------------------|---------------------|
| Företagsnamn                 | Organisationsnummer |

| Ordinarie arbetstid |         |         |         |           | Bak- och primärjour                             |       |         |         |         | Aktiv h jour                     |              |             |                        | Beredskap |                     |
|---------------------|---------|---------|---------|-----------|-------------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|----------------------------------|--------------|-------------|------------------------|-----------|---------------------|
|                     |         |         |         |           | Fyll i "B" för bakjour eller "P" för primärjour |       |         |         |         | Vardag 16-21 eller efter dagpass | Vardag 21-24 | Vardag24-07 | Helg (fre-21 - mån 07) | Vardag    | Helg. Fre 21-mån 07 |
| Datum               | Från kl | Till kl | Antal h | Övertid h | B/P                                             | Datum | Från kl | Till kl | Antal h | Antal h                          | Antal h      | Antal h     | Antal h                | Antal h   | Antal h             |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
| Summa h             |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        |           |                     |
|                     |         |         |         |           |                                                 |       |         |         |         |                                  |              |             |                        | Total h   |                     |

|                                                           |        |                 |              |         |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----------------|--------------|---------|
| Underskrift av ansvarig<br>(=Godkännande av arbetad tid): | Vecka: | Uppdragsställe: | Fakturadatum | Attest: |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----------------|--------------|---------|