

BOV-tidrapport Hyrläkare

Namn: _____

Personnummer: _____ - _____

Bolag: _____

Sign: _____

Datum: _____

Ref.nr: _____

Arbetsplats: _____

Arbetat som: _____

Vecka: _____ År: _____

	Veckoarbetstid		Jour		Beredskap A		Beredskap B		
					30 min inställelsetid		60 minuter inställelsetid		
Datum	Arbets- tid 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	Bundenhet (beredskap) Ange antal timmar	Störd tid Ange mellan vilka klockslag	Bundenhet (beredskap) Ange antal timmar	Störd tid Ange mellan vilka klockslag	Introduktionstimmar som ska dras av på fakturan

Namnsteckning (Verksamhetschef): _____

Datum: _____

Namnförtydligande: _____

Det är bemanningsföretagets ansvar att bifoga tidrapporten med fakturan