

Tidrapporten skall vara attesterad av avdelningschef. Finns ingen avdelningschef tillgänglig, så är det ansvarig markerad sjuksköterska som signerar timlistan.

Fält med * är obligatoriska.

Rapporten kan skickas eller scannas in och skickas med fakturan.

Namn*	Personnummer*
Företag*	

Vecka:	Avdelning:*	Börjar kl*	Slutar kl*	Övrigt: Ange orsak om tiden avviker
Måndag				
Tisdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Lördag				
Söndag				

Underskrift av avdelningschef: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____

