Tidrapport

ngs Plus Care

Mailas, faxas eller postas in snarast efter varje arbetad vecka

Arbetsställe	Vecka nr

Namn (ifylles alltid)	Personnr (ifylles alltid)	**Huvudarbetsgivare (ifylles alltid)**
Adress (ifylles alltid)	Postnr (ifylles alltid)	Ort (ifylles alltid)

Bank (ifylles första gången samt vid ändringar)	Clearingnr	Kontonr

	Arbetade timmar dagtid*				**Arbetade timmar under jour/beredskap/kvällsmott.**				
Datum	Började	Lunch	Slutade	Ant. timmar	Typ**	Började	Slutade	Jour/störning (tim)	Beredskap (tim)
			Summa timmar						

* Obs! Separera klockslag med kolon tex 8:30 och ej med komma.

**Ange jour, ber. A, ber. B eller kvällsmott. Övertid/extra arb.tid endast när sådant avtal finns.

Obs! Jour/övertid skall attesteras av ansvarig personal hos vårdgivaren.

Tjänst bestyrkes av arbetsledare.
(Endast vid avvikelser från avtalad arbetstid.)

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Skatt

Fyll i ett av nedanstående alternativ

Saknar huvudarbetsgivare dra tabellskatt		**Tabellnr.**
Saknar huvudarbetsgivare & begärt jämkning		**Enl bilaga**
Sidoinkomst, har annan huvudarbetgivare		**Minst 30%**

Övriga av Plus Care godkända utlägg	**Obs! Original kvitton bifogas**	**0 kr**

Frånvaro		**Övriga kommentarer/synpunkter**
Datum	**Orsak**	

Plus Care AB Holländargatan 11 111 36 Stockholm Fax: 08-611 05 50 Mail: tidrapport@pluscare.se