

**Faxas ELLER skickas till**  
**Rent-A-Doctor AB**  
 Fyrverkarbacken 28, 112 60 STOCKHOLM  
**FAX: 08-54 58 50 55**



Namn		
Adress		
Clearing nr	Kontonummer	Huvudarbetsgivare:
(saknas huvudarbetsgivare dras tabellskatt)		
Önskad skattesats vid sidoinkomst		.....%

TJÄNSTGÖRINGSRAPPORT

Datum	Ordinarie arbetstid			Jour- och beredskapstjänstgöring														Extra arb tid						
	Utförd arbetstid			Schablon	Jour/beredskap tid			Aktivt arbetad tid						Passiv tid										
	från kl	till kl	antal tim	markera ja/nej	från kl	till kl	antal tim	vardag kl 17-21	vardag kl 21-24	vardag kl 00-08	dag före sön o helg kl 07-13	dag före sön o helg kl 13-24	söndag och helg kl 00-24	Jour		Beredskap A		Beredskap B						
															låg	hög	låg	hög	låg	hög	från kl	till kl	antal tim	
Summa tim				Summa tim																				
Attesterat av arbetsledare vid jour/övertid							Omräknade tim			x 1,0	x 1,5	x 2,0	x 1,5	x 2,0	x 2,0	x 0,25	x 0,5	x 0,1	x 0,2	x 1/16	x 1/8			

Fakt	ID-läkare	Läkarens namn	Uppdragsställe	Vecka nr:
------	-----------	---------------	----------------	-----------