

Normaltidsrapport för Hyrpersonal Sjuksköterska

Namn		Arbetsplats			Personnummer
Bemanningsföretag					
Normaltid					Summa arbetad tid
Datum (ååååmmdd)	Från kl	Till kl	Lunch	Summa/dag	Kommentarer

Datum:	Datum:	KST:
Underskrift arbetstagare	Underskrift arbetsgivare	
Namnförtydligande	Namnförtydligande	

Tidrapporten skickas till post@helsebemanning.se eller till HelseBemanning, Vaksalagatan 3, 753 20 Uppsala