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

rent doctor
*specialisten på läkarbemanning*

**RESERÄKNING**

| Datum | Från | Till | Antal km |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Summa km** | |
| | **Summa antal km x 1,85 kr** | | **kr** |
| | **Egna utlägg för resa (sänd kopia på biljett)** | | **kr** |

Namn | Personnr.

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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Jour | | Beredskap A | | Beredskap B | | | | |
| | 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 | låg | hög | låg | hög | låg | hög | från kl | till kl | **antal tim** |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Summa tim | | | | Summa tim | | | | | | | | | | | | | | | | Summa 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 | | | |
| Omräknade tim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Attesteras av arbetsledare vid jour/övertid

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