

Tidrapport

Namn _____

Anst.nr. _____

Arbetsplats _____

Månad _____

Datum	Dag	Från	Till	Obet. Rast Tim-Min	Arb. tid Tim-Min	Kommentar om avvikelse. T.ex. övertid, sjuk, tandläkare, vård av barn m.m.	Företags signatur
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Tidrapporten lämnas signerad och korrekt ifylld den sista i månaden.

För sent inlämnad tidrapport innebär en månads fördröjning av löneutbetalning.

Sjukdom räknas fr.o.m. dag och tid K-Bemanning och Kund meddelats.

K-Bemanning AB Box 26 332 21 Gislaved Tfn vxl: 0371-58 61 90 Fax: 0371-58 61 99