

TYÖLISTA/ELVA

Listan palautus puolen vuoden välein. Viimeistään 31.12.2019

saap. _____

Hoidettavan nimi _____

Elva-hoitajan nimi _____

Maksun saaja _____ Tilinro _____

PVM	TYÖAIKA (klo)	Tunnit yht.	

Päiväys ____ / ____ 20

Laskuttajan allekirjoitus**ELVA**-hoitajan allekirjoitus

Maksaja JÄMSÄN KAUPUNKI
Vammaispalvelut
Kelhänkatu 3
42100 JÄMSÄ

Päätös**Menokohta** 4715 33100 3505

Maksetaan _____ tuntia a´ 8,00 €/h, yhteensä _____ € alv 00

Tarkastettu ____ / ____ 20__

Hyväksytty ____ / ____ 20__