Приложение № 1 към чл. 7, ал. 4  
  
Вх. № .........................  
........................20..... г.  
  
ДО  
ДИРЕКТОРА НА  
РЗИ - ПЛЕВЕН

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от  
..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

в качеството на

.......................................................................................................................................................

адрес

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(област, община, град, ул., №)

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

Предлагам съгласно чл. 104, ал. 1 от Закона за здравето и чл. 7, ал. 4 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи считано от .................................. г. към

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

регистрационен номер на лечебното заведение

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(наименование на лечебното заведение)

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(адрес на лечебното заведение – област, община, град, ул., №)

представлявано от

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

да определите следните състави на обща и специализирани ЛКК:

**Обща лекарска консултативна комисия**

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

д-р ...........................................................................................

име и фамилия на лекаря

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Код специалност \* ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по вътрешни болести

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря

|  |
| --- |
| **2. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **3. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **4. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **5. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **6. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Работно време на комисията:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Специализирана лекарска консултативна комисия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

по ...............................................................

код специалност\*\*

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина ЕГН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **2. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **3. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Работно време на комисията:

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Специализирана лекарска консултативна комисия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

по .............................................................................

код специалност

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **2. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **3. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Работно време на комисията:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Специализирана лекарска консултативна комисия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

по .............................................................................

код специалност

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **2. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

|  |
| --- |
| **3. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

д-р ...................................................................................

име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

- специалист по ............................................   
код специалност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Работно време на комисията:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

С уважение:

........................  
(подпис)

**Забележки:**

**\* -** посочва се код на медицинската специалност, която притежава лицето, съгласно приложение № 10 към чл. 54а, ал. 8.

\*\* - посочва се код на медицинската специалност, по която се създава Специализираната ЛКК, съгласно приложение № 10 към вл. 54а, ал. 8.