Приложение №2 към чл. 7, ал.4

ДО

ДИРЕКТОРА НА

РЗИ - ПЛЕВЕН

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

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

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

в качеството си на ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

адрес ......................................................................................................................................................
.......................................................................................................................................................

(област, община, град, ул., №)

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

Предлагам съгласно чл. 104, ал.1 от Зкона за здравето, чл. 6, ал.1 и чл. 7, ал. 4 от Правилника и 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 ............................................................................................................................

(трите имена на лицето представляващо лечебното заведение)

да бъдат извършени следните промени, касаещи състава на ЛКК, определен от Вашата Заповед № .................../.....................:

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

(основание на промяна)

 ☐ Промените/☐ Закриете състава на : \*

**Обща лекарска консултативна комисия**

**№**

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

 \*\*

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

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

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

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

\*\*\* - специалист по вътрешни болести
код специалност 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

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

|  |
| --- |
| **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

Работно време на комисията:

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

**Специализирана лекарска конултативна комисия**

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

 **№** \*\*

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

 по ................................................. \*\*\*\*

 специалност 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

|  |
| --- |
| **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

Работно време на комисията:

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

С уважение:

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

(подпис)

**Забележки:**

\* Посочва се само една от двете възможности.

\*\* Вписва се номера на ЛКК, който е генериран от директора на СРЗИ при издаването на заповедта на основание чл. 104, ал. 1 от Закона за здравето и чл. 7, ал. 4, съгласно приложение № 3 към чл. 7, ал. 4.

\*\*\* 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 е създадена Специализираната ЛКК, съгласно приложение № 10 към чл. 54