

Вх. №
..... 20... г.

ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЕГИОНАЛНАТА
ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от

.....
.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

в качеството на

адрес

.....
.....
(област, община, град, ул., №)

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО/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., №)

представявано от

.....
.....
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

да определите следните състави на обща и специализирани ЛКК:

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

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
специалност

--	--	--	--

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

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

специалност

--	--	--	--

код специалност

1. Председател

Д-р ЕГН на лекаря
име и фамилия на лекаря

код специалност УИН на лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина
- специалист по.....

2. Член

Д-р ЕГН на лекаря
име и фамилия на лекаря

код специалност УИН на лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина
- специалист по.....

3. Член

Д-р ЕГН на лекаря
име и фамилия на лекаря

код специалност УИН на лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина
- специалист по.....

РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:

4. Член

Д-р ЕГН на лекаря
име и фамилия на лекаря

код специалност УИН на лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина
- специалист по.....

Работно време на комисията:

.....
.....

Специализирана лекарска консултативна комисия

ПО
специалност

.....
код специалност

1. Председател

Д-р
име и фамилия на лекаря

.....
ЕГН на лекаря

.....
код специалност

- специалист по.....

.....
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

2. Член

Д-р
име и фамилия на лекаря

.....
ЕГН на лекаря

.....
код специалност

- специалист по.....

.....
УИН на лекаря /ЛПК на лекаря по дентална медицина

3. Член

Д-р
име и фамилия на лекаря

.....
ЕГН на лекаря

.....
код специалност

- специалист по.....

.....
УИН на лекаря /ЛПК на лекаря по дентална медицина

РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:

4. Член

Д-р
име и фамилия на лекаря

.....
ЕГН на лекаря

.....
код специалност

- специалист по.....

.....
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 чл. 54а, ал. 8.