

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, чл. 6, ал. 1 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 отГ. към

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

регистрационен номер на лечебното заведение

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

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

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 РЗИ 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. 54а, ал. 8;