Приложение № 1

към чл.7, ал.4

Вх. № …………………………………

……………………………….. 20…… г.

ДО

ДИРЕКТОРА НА

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ

ГР. РАЗГРАД

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

в качеството на

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

адрес ………………………..……………………………….……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

(област, община, град, ул. №)

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО 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 медицинската експертиза считано от …………………… г. към

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

регистрационен № 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 определи 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 лекар

|  |
| --- |
| **2. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ………………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **3. Член** |

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

 Д-р ………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по …………………………………………….

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **4. Член** |

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

Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **5. Член** |

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

 Д-р ………………………………………………………………………………………..

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по …………………………………………….

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **6. Член** |

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

Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

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 лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **2. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **3. Член** |

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

Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

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 лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **2. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **3. Член** |

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

Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

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 лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **2. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **3. Член** |

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

Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

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 лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **2. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

|  |
| --- |
| **3. Член** |

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

Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

**РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

|  |
| --- |
| **4. Член** |

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

 Д-р …………………………………………………………………………………………

 име и фамилия на лекаря ЕГН на лекаря

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

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

специалист по ……………………………………………

код специалност УИН на лекар/ЛПК на лекаря по ДМ

Работно време на комисията:

………………………..……………………………….……………………………………………………………………………………………………..

С уважение:

……………………………………….

**Забележка:**

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

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