

Бх. № .....  
..... 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)

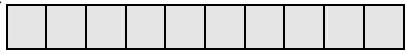
представлявано от

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

да определите следните състави на обща и специализирани ЛКК:

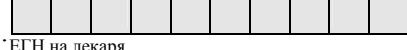
### Обща лекарска консултивна комисия

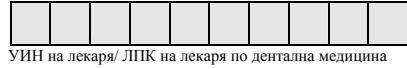
#### 1. Председател

д-р .....  
име и фамилия на лекаря   
ЕГН на лекаря

 - специалист по вътрешни болести.  
код специалност\*   
УИН на лекаря

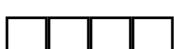
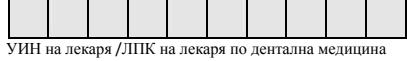
#### 2. Член

д-р .....  
име и фамилия на лекаря   
ЕГН на лекаря

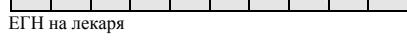
 - специалист по .....  
код специалност   
УИН на лекаря / ЛПК на лекаря по дентална медицина

#### 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

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

- 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

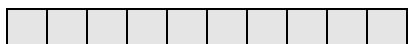


УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

### 3. Член

д-р .....

име и фамилия на лекаря

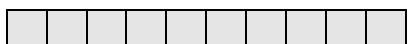


ЕГН на лекаря



- 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 .....   
име и фамилия на лекаря

ЕГН на лекаря

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

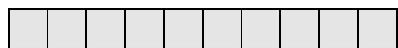
## 2. Член

д-р .....   
име и фамилия на лекаря

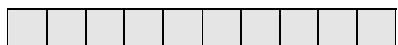
ЕГН на лекаря

 - 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 .....  
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

Работно време на комисията:

.....  
.....

С уважение:

.....  
(подпись)

**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.