*Приложение № 2 към чл. 7, ал. 4*

Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА**

**ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**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 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 бъдат извършени следните промени, касаещи състава на ЛКК, определен с Ваша Заповед № ………………… / …………………………… :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 (основание за 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 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 ……………………………………………

 специалност код специалност \*\*\*\*

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

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

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

 име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина ЕГН на лекаря

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

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

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

|  |
| --- |
| **5. 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 ……………………………………………

 специалност код специалност \*\*\*\*

|  |
| --- |
| **1. Председател** |

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

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

 име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина ЕГН на лекаря

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

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

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

|  |
| --- |
| **5. 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 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;