

(ОБРАЗЕЦ ВЗРОСЛЫЕ)

Главному врачу
АНО «Медицинский центр «Сириус»
Бересневу М. В.

ЗАЯВЛЕНИЕ застрахованного лица о выборе медицинской организации

Я, Петрова Екатерина Александровна,
(Ф.И.О. (отчество – при наличии))

дата рождения 01.04.1995, место рождения гор. Сочи,
число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),

гражданство РФ

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к АНО
«Медицинский центр «Сириус» по территориально-участковому принципу с 01.01.2026 года.

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № 5439675437521814
выдан страховой медицинской организацией ООО «Альфа Страхование-ОМС»
«01» марта 2022 года.

Адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника в
пределах границ федеральной территории Сириус: Краснодарский край, пгт Сириус,
ул. Воскресенская, д.12, кв.10

Адрес по месту регистрации: Краснодарский край, пгт Сириус, ул. Воскресенская,
д.12, кв.10,

дата регистрации 10.10.2010 г.

Прикреплён к медицинской организации (наименование и фактический адрес медицинской
организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, которую гражданин выбрал
для оказания медицинской помощи до подачи настоящего заявления) _____

Указывается организация, в которой прикреплены на данный момент

Вид документа, удостоверяющего личность: паспорт серия 4315 435264,
выдан «01» февраля 2017 года ОУФМС России по Краснодарскому краю в
Адлерском р-не код подразделения 770-700
(наименование органа, выдавшего документ)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС) (при наличии)
463-536-735-28

Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии)):
8(903)123-45-33, petrova@yandex.ru

(ОБРАЗЕЦ ВЗРОСЛЫЕ)

Настоящим подтверждаю выбор врача АНО «Медицинский центр «Сириус» _____ для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, врачей-специалистов соответствующего профиля (при оказании первичной медико-санитарной помощи), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Я информирован, что о результатах рассмотрения моего заявления я буду извещён путём направления мне сообщения на указанную электронную почту: petrov@yandex.ru или путём направления сообщения на номер телефона: 8 (903) 123-45-33.

«20» ноября 2025 года Подпись _____ / Петрова Е.А.
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: «__» _____ 2026 года ____:____

РЕШЕНИЕ главного врача АНО «Медицинский центр «Сириус» Береснева М. В.:
Прикрепить с «__» _____ 2026 года гражданина _____
(Ф.И.О.)

Участок № _____ Врач: _____
(Ф.И.О.)

Отказать в прикреплении в связи _____

_____/Береснев М. В.
(подпись)

«__» _____ 2026 года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача АНО «Медицинский центр «Сириус» Береснева М.В. выдана на руки.

«__» _____ 2026 года получил копию заявления _____/
(подпись) (ФИО)