

(ОБРАЗЕЦ ДЕТИ)

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

НА ДАННОЙ СТРАНИЦЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ ДАННЫЕ РЕБЕНКА

ЗАЯВЛЕНИЕ застрахованного лица о выборе медицинской организации

Я, Петров Павел Иванович,
(Ф.И.О. (отчество – при наличии))

дата рождения 01.04.2014, 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) № 5439121078651814
выдан страховой медицинской организацией ООО «Альфа Страхование-ОМС»
«01» ноября 2023 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: Свидетельство о рождении серия
VII-МЮ 367845, выдан «30» апреля 2014 года _____

Отдел ЗАГС Хостинского района города-курорта Сочи

(наименование органа, выдавшего документ)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС) (при наличии)

123-034-567-28

Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии):

8(903)123-45-33, petrov@yandex.ru

Настоящим подтверждаю выбор врача АНО «Медицинский центр «Сириус»

_____ для получения первичной
медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

(ОБРАЗЕЦ ДЕТИ)

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](tel:8(903)123-45-33).

Настоящее заявление подаётся моим представителем. Сведения о представителе заявителя по доверенности:

фамилия, имя, отчество (при наличии) [Петрова Екатерина Александровна](#)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя: [паспорт 4315 435264, выдан 01.02.2017 года ОУФМС России по Краснодарскому краю в Адлерском р-не код подразделения 770-700](#)

Реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия представителя
[Свидетельство о рождении серия VII-МЮ 367845](#), выдан [«30» апреля 2014 года](#)
[Отдел ЗАГС Хостинского района города-курорта Сочи](#)

Контактная информация моего представителя (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии)): [8 \(989\)304-54-65](tel:8(989)304-54-65), petrova@yandex.ru

[«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)