

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

ЗАЯВЛЕНИЕ
застрахованного лица
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(Ф.И.О. (отчество – при наличии))

дата рождения _____, место рождения _____,
число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),

гражданство _____,

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) № _____
выдан страховой медицинской организацией _____

«__» _____ года.

Адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника:

Адрес по месту регистрации: _____

дата регистрации _____

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) _____

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

серия _____, выдан «__» _____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

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

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

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: _____ или путём направления сообщения на номер телефона: _____.

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

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя: _____

Реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия представителя _____

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

«__» _____ 20__ года Подпись _____ / _____
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: «__» _____ 20__ года ____:____

РЕШЕНИЕ главного врача АНО «Медицинский центр «Сириус» Береснева М. В.:

Прикрепить с «__» _____ 20__ года гражданина _____
(Ф.И.О.)

Участок № _____ Врач: _____
(Ф.И.О.)

Отказать в прикреплении в связи _____

_____/Береснев М. В.

(подпись)

«__» _____ 20__ года

М.П.

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

«__» _____ 20__ года получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (ФИО)