Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства

Я,_____

(Ф. И. О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

«_____» _____г. рождения,

проживающий по адресу:_____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

_____

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

_____

медицинское вмешательство _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

_____

_____

_____

_____

_____

_____