Я, {{ representative\_fio }},

действующий(ая) от имени {{ patient\_fio }} ({{ birth\_date }} г.р.),

настоящим даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: {{ date }}

Врач: {{ doctor\_name }}.