

информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь(ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)