

EYE BANK DR. RPGMC KANGRA AT TANDA (H.P)

(Authority by Donor for removal of eyes)

I.....S/o;D/o;W/o.....Aged.....  
R/O.....

.....hereby express my free and frank consent for the removal of my eyes after my death from my body, by a registered medical practitioner of a recognised Eye Bank/Hospital for their use as medically suitable. I have been explained and I understand all the aspects of such a donation.

Place..... Signature.....  
Date.....  
Time.....AM/PM.....

1. Witness (Next of Kin) : 2. Witness.....  
Signature..... Signature.....  
Name..... Name.....  
Relationship..... Relationship.....  
Address..... Address.....  
.....  
Telephone No. if any..... Telephone No. if any.....  
Mobile No..... Mobile No.....

मान्यता प्राप्त नेत्र अथवा बैंक .....  
नेत्र निकालने के लिए दान देने वाले का प्राधिकार  
मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....  
जन्म तिथि/आयु.....निवासी.....

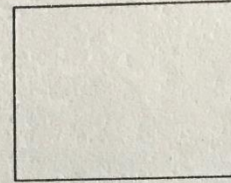
इसके द्वारा किसी मान्यता प्राप्त नेत्र बैंक/अस्पताल को उनके उपयोग के लिए चिकित्सीय उद्देश्य के लिए किसी पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी द्वारा मेरे मृत्यु के बाद मेरे शरीर से मेरे नेत्र निकालने के लिए स्पष्ट स्वीकृति देता/देती हूँ।

मैं ऐसे दान के दृष्टिकोण को जानता/जानती हूँ।  
स्थान: ..... हस्ताक्षर .....  
दिनांक.....

गवाही (निकटतम सम्बन्धी): समय: सुबह/सांय  
हस्ताक्षर गवाह.....  
नाम..... हस्ताक्षर.....  
सम्बन्ध..... नाम: .....

Name of the nearest Hospital.....  
.....  
Name of the Family Physician, if any.....  
.....

Please Affix  
Stamp



For Official use only  
Donor Card No.....  
Dated .....

नजदीकी अस्पताल का नाम.....  
परिवार के चिकित्सक का नाम, यदि है तो।

कृपया टिकट  
लगाएं

केवल कार्यालय प्रयोग के लिए  
दान दाता पत्र संख्या.....  
दिनांक.....

