



IGMC EYE BANK

Indira Gandhi Medical College, Shimla (HP) 171001

Tel.

(Authority by Donor for removal of eyes)

I.....son/daughter/wife of
.....aged.....years, residing at.....

.....hereby express
my free and frank consent for the removal of my eyes after my death from my body, by a registered
medical practitioner (Ophthalmic) 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.....

1. Witness (Next of Kin) :

Date.....

Signature.....

Time.....AM/PM.....

Name.....

2. Witness : Signature.....

Relationship.....

Name.....

Address.....

Address.....

Telephone No. if any.....

Telephone No. if any.....

Mobile No.

Mobile No.

प्रपत्र-1 (नियम-3)

मान्यता प्राप्त बैंक/अस्पताल का नाम

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 (आफथैलमिक) द्वारा मेरे मृत्यु के बाद मेरे शरीर से मेरे नेत्र निकालने के लिए स्पष्ट स्वीकृति देता हूँ ।

मैं ऐसे दान के दृष्टिकोण को जानता हूँ ।

स्थान :

हस्ताक्षर.....

गवाही (निकटतम सम्बंधी)

दिनांक

हस्ताक्षर

समय : सुबह/साय

नाम

गवाह

सम्बन्ध

हस्ताक्षर.....

नाम :

टेलीफोन नं०, यदि कोई हो

टेलीफोन नं०, यदि कोई हो

Name of the nearest Hospital.....

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

For Official use only

Donor Card No. :

Dated.....

Please
Affix
Stamp

To,

IGMC Eye bank
Shimla-HP

नजदीकी अस्पताल का नाम.....

परिवारिक चिकित्सक का नाम, यदि हों तो

केवल कार्यालय प्रयोग के लिए.....

दान दाता पत्र संख्या.....

दिनांक

कृपया
टिकट
लगाए

सेवा में,

नेत्रकोष

