

Name of the nearest Hospital.....

Name of the Family Physician, if any ...

Please
Affix
Stamp

For Official use only

Donor Card No :.....

Dated

To,
NATIONAL EYE BANK
Dr. Rajendra Prasad Centre
for Ophthalmic Sciences,
All India Institute of Medical
Sciences, New Delhi-110029

नजदीकी अस्पताल का नाम

परिवारिक चिकित्सक का नाम, यदि हों तो

कृपया
टिकट
लगाए

केवल कार्यालय प्रयोग के लिए

दान दाता पत्र संख्या

दिनांक

सेवा में,
राष्ट्रीय नेत्र कोष

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र
अंसारी नगर, नई दिल्ली-११००२६

From 1 (Rule 3)



1919 from MTNL & BSNL Land line
26589461 (Direct)
Tel : 26588500, 3062
26588700, 3063

NATIONAL EYE BANK
(Authority by Donor for removal of eyes)

26593060

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 TimeAM/PM
Name 2. Witness : Signature
Relationship Name
Address Address
Telephone No. if any Telephone No. if any.....
Mobile No..... Mobile No.

प्रपत्र-१ (नियम-३)

1919 एम.टी.एन.एल., बी.एस.एन.एल. के लिए
26589461 (Direct)
फोन : 26588500, 3062
26588700, 3063

मान्यता प्राप्त बैंक/अस्पताल का नाम 26593060
नेत्र निकालने के लिए दान देने वाले का प्राधिकार
मैं..... पुत्र/पुत्री/पत्नी.....
जन्मतिथि/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
दिनांक
गवाही (निकटतम सम्बंधी) : समय : सुबह/सायं
हस्ताक्षर गवाह
नाम..... हस्ताक्षर.....
सम्बंध..... नाम :
पता..... पता.....
टेलीफोन नं., यदि कोई हो टेलीफोन नं. यदि कोई हो