

നേത്രദാന സമ്മതപത്രം

Eye Donation Pledge

I. മരണശേഷം എന്റെ കണ്ണുകൾ.....ആശുപത്രിയിലെ നേത്രബാങ്കിലേയോ, കേരളത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ഒരു അംഗീകൃത നേത്രബാങ്കിലേയോ ഡോക്ടർ ഓപ്പറേഷൻചെയ്ത് എടുക്കുന്നതിനും അത് ചികിത്സാപരമായ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് യുക്തമായ രീതിയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഇതിനാൽ പൂർണ്ണമായി സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

എന്ന്

പേര്..... വയസ്സ്..... ഒപ്പ്.....
 മേൽവിലാസം.....
 ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

II. ശ്രീ/ശ്രീമതി..... യുടെ അടുത്ത ബന്ധു*വായ എനിക്ക് മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യത്തിന് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണ്.

എന്ന്

പേര്.....
 മേൽവിലാസം.....
 നേത്രദാനാവുമായുള്ള ബന്ധം..... തീയതി.....

III. സാക്ഷികൾ ** (ഒപ്പും, പേരും, വയസ്സും, മേൽവിലാസവും)

- 1.
- 2.

* അടുത്ത ബന്ധുവെന്നുദ്ദേശിക്കുന്നത് :

ഭാര്യ/ഭർത്താവ്/പിതാവ്/മാതാവ്/പ്രായപൂർത്തിയായ സഹോദരി സഹോദരൻമാർ/മക്കൾ എന്നിവരിൽ ഒരാൾ. നേത്രദാനാവിന്റെ വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്ന ബന്ധുവിനാണ് ഒപ്പിടുന്നതിനുള്ള മുൻഗണന കൊടുക്കേണ്ടത്.

**സാക്ഷികൾ ബന്ധുക്കളോ, അടുത്ത വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്നവരോ ആകുന്നതാണ് നല്ലത്.



ബ്ലേസ്സി
(ചെയർമാൻ)

റോഷൻ റോയി മാത്യു
(സെക്രട്ടറി)