



കോംട്രസ്റ്റ് നേത്ര ബാങ്ക്

കല്ലുത്താൻ കടവ്, പുതിയറ, കോഴിക്കോട് - 673004.
ഫോൺ: 1053, 2721620, 2727942, 2723793

എന്റെ മരണശേഷം എന്റെ കണ്ണുകൾ, കോംട്രസ്റ്റ് നേത്രബാങ്കിലേക്ക് ദാനം ചെയ്യുവാൻ എനിക്ക് പരിപൂർണ്ണ സമ്മതമാണ്. മരണത്തിനു ശേഷം കോംട്രസ്റ്റ് ആശുപത്രി നിയോഗിക്കുന്ന ഡോക്ടർ ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്ത് കണ്ണ് എടുക്കുന്നതിനും അത് ചികിത്സാപരമായ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് യുക്തമായ രീതിയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഇതിനാൽ ഞാൻ പരിപൂർണ്ണമായി സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

ഞാൻ മരിച്ച ഉടനെതന്നെ കോംട്രസ്റ്റ് നേത്രബാങ്കിനെ അറിയിക്കുവാനും, എന്റെ കണ്ണുകൾ എടുക്കുവാനുമുള്ള എല്ലാ സഹായങ്ങളും ചെയ്തു കൊടുക്കുവാനും എന്റെശ്രീ/ശ്രീമതി.

..... എന്നിവരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു

എന്ന്,

പേര്..... വയസ്സ്..... ഒപ്പ്.....

മേൽവിലാസം:.....

ഫോൺ:..... തിര്യതി:.....

അടുത്ത ബന്ധുവായ എനിക്ക് മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യത്തിന് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണ്.

എന്ന്,

പേര്..... വയസ്സ്..... ഒപ്പ്.....

മേൽവിലാസം:.....

ഫോൺ:..... തിര്യതി:.....

നേത്രദാനവുമായുള്ള ബന്ധം:.....

(സാക്ഷികൾ പേര്, ഒപ്പ്, വയസ്സ്, മേൽവിലാസം)

1..... 2.....

.....

.....

.....

ഫോൺ:..... ഫോൺ:.....

(Make Your eyes immortal - Donate Eye)