

यु. टी. ऑर्गन एवं टिशू ट्रांसप्लांट ऑर्गनाइजेशन  
निदेशक स्वास्थ्य एवं चिकित्सा सेवाएं,  
श्री विनोबा भावे सिविल हॉस्पिटल, सिलवासा  
दादरा एवं नगर हवेली -३९६२३०  
अवयव दान संमती पत्र  
(टीएचओए रूल फॉर्म क्र ७ अनुसार)

मैं \_\_\_\_\_ इनका/इनकी, लड़का/लड़की/पत्नी,  
श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ उम्र \_\_\_\_\_  
पता \_\_\_\_\_

मेरे मृत्यु पश्चात मेरे शरीर के अवयव चिकित्सकीय उपचारोंके लिए नीचे दिये गए व्यक्तियों के उपस्थितिमें निकालने के अनुमती देता / देती हूँ।

अ)  सही अवयव

ब)  हृदय  यकृत  फेफड़े  गुर्दा  स्वादुपिंड  आंत  
 आँखे  त्वचा  हड्डियां  हृदय के व्हाल्व  कान का पर्दा

रक्त समूह \_\_\_\_\_

ई-मेल \_\_\_\_\_

संपर्क क्र. \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

तारीख \_\_\_\_\_

**गवाह १\***

श्री/श्रीमती/कु \_\_\_\_\_

इनका/इनकी लड़का/लड़की/पत्नी \_\_\_\_\_

उम्र \_\_\_\_\_, पता \_\_\_\_\_

रिश्ता \_\_\_\_\_ संपर्क क्र. \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

**गवाह २\***

श्री/श्रीमती/कु \_\_\_\_\_

इनका/इनकी लड़का/लड़की/पत्नी \_\_\_\_\_

उम्र \_\_\_\_\_, पता \_\_\_\_\_

रिश्ता \_\_\_\_\_ संपर्क क्र. \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

\* दोनों गवाहों मे से कमसे कम एक गवाह नजदीकी रिश्तेदार होना जरूरी है।