



അവയവദാന സമ്മതപത്രം



സർ,

മരണശേഷം എന്റെ കണ്ണുകൾ / അവയവങ്ങൾ മറ്റുള്ളവരുടെ ജീവൻരക്ഷിക്കാനു
തകുംവിധം കേരളത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ഒരു അംഗീകൃത ആശുപത്രിയിൽവെച്ച് ഓപ്പറേഷൻ
ചെയ്ത് എടുക്കുന്നതിനും അത് ചികിത്സാപരമായ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് യുക്തമായ രീതിയിൽ ഉപ
യോഗിക്കുന്നതിനും കേരള യുക്തിവാദിസംഘം മലപ്പുറം ജില്ലാ കമ്മറ്റിയെ അധികാരപ്പെടു
ത്തുന്നതിന് പൂർണ്ണമായും ഞാൻ സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

എന്ന്,

പേര്.....

വയസ്സ്.....

ഒപ്പ്.....

വിലാസം.....

രക്തഗ്രൂപ്പ്.....

തിയ്യതി.....

ഫോൺ.....

.....യുടെ അടുത്ത ബന്ധുവായ എനിക്ക് മുകളിൽ
പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യത്തിന് പൂർണ്ണമായും സമ്മതമാണ്.

അവയവദാതാവുമായുള്ള ബന്ധം.....

സാക്ഷികൾ:

1.പേര്..... വയസ്സ്.....

2.പേര്..... വയസ്സ്.....

വിലാസം.....

വിലാസം.....

.....

.....

ഒപ്പ്.....

ഒപ്പ്.....

കേരള യുക്തിവാദിസംഘം മലപ്പുറം ജില്ലാ കമ്മറ്റി.

ബന്ധപ്പെടേണ്ട ഫോൺ നമ്പറുകൾ
മനുഭാഗത്ത് കൊടുത്തത് നോക്കുക.