



**Public Health Department,
Government of Maharashtra.
and
Zonal Transplant Co-Ordination Centre, Mumbai**

Pledge your organs - Consent Letter

(As per THOA Rule Form No. 5)

I _____
s/o, d/o, w/o Shri _____ Age: _____
address _____

in the presence of persons mentioned below hereby unequivocally authorize the removal of my organ/organs from my body after my death for therapeutic purposes.

- Heart Liver Lungs Kidneys Pancreas Intestines
 Eyes Skin Bone Heart Valves Ear Drum

Blood Group: _____

Email id: _____

Contact No.: _____

Signature: _____

Date: _____

Witness 1*

Shri/Smt/Km _____

s/o, d/o, w/o Shri _____ Age: _____

address _____

Relationship : _____ Contact No. : _____

Signature: _____

Witness 2*

Shri/Smt/Km _____

s/o, d/o, w/o Shri _____ Age: _____

address _____

Relationship : _____ Contact No. : _____

Signature: _____

* Out of two, at least one witness needs to be close relative.





महाराष्ट्र शासन

सार्वजनिक आरोग्य विभाग, महाराष्ट्र राज्य

व

विभागीय अवयव प्रत्यारोपण समन्वय समिती (ZTCC)

अवयवदान संमती पत्र

(मा.अ.प्र. नियम, फॉर्म-५ अनुसार)

मी यांचा/यांची मुलगा, मुलगी, पत्नी
श्री./श्रीमती वय
पत्ता

माझ्या मृत्यूनंतर वैद्यकीय उपचारांसाठी माझ्या शरीराचे अवयव काढण्यास, खालील व्यक्तींच्या उपस्थितीत मी निःसंदिग्धपणे संमती देत आहे.

(अ) योग्य तो अवयव

(ब) हृदय यकृत फुफ्फुसे मूत्रपिंडे स्वादुपिंड आतडी डोळे त्वचा हाडे
 हृदयाच्या झडपा कानाचे पडदे

रक्तगट
ई-मेल
संपर्क
स्वाक्षरी
दिनांक

साक्षीदार क्र. १*

श्री/श्रीमती/कुमारी वय
श्री/श्रीमती: (यांचा/यांची मुलगा, मुलगी, पत्नी)
पत्ता

नाते संपर्कासाठी क्रं
स्वाक्षरी

साक्षीदार क्र. २*

श्री/श्रीमती/कुमारी वय
श्री/श्रीमती: (यांचा/यांची मुलगा, मुलगी, पत्नी)
पत्ता

नाते संपर्कासाठी क्रं
स्वाक्षरी

*उपरोक्त २ पैकी किमान १ साक्षीदार जवळच्या नातेवाईक असणे आवश्यक आहे.

