

**नेत्रविभाग**  
**कृष्णा वैद्यकीय महाविद्यालय विद्यापीठ, कराड.**  
पुणे-बेंगलोर रोड, मलकापूर (कराड). ४१५ ११० ☎ : (०२१६४) २४१५५५ ते ५८

**मृत्यूनंतर नेत्रदानासाठी इच्छापत्र**

रजि. नं.

दिनांक :

प्रति,  
प्रोफेसर व विभाग प्रमुख,  
नेत्रविभाग  
कृष्णा वैद्यकीय महाविद्यालय विद्यापीठ, कराड.

महाशय,

मी स्वखुशीने असे लिहून देतो/देते की माझ्या मृत्यूनंतर माझी आपल्या नेत्रपेढीस नेत्रदान करण्याची इच्छा आहे. अंध व्यक्तीस दृष्टी देण्यासाठी अंधत्वनिवारण संशोधनासाठी किंवा नेत्ररोग-निवारणासाठी माझ्या डोळ्यांचा उपयोग करण्यास माझी संमती आहे.

नांव : \_\_\_\_\_

पत्ता : \_\_\_\_\_

जवळचा फोन : \_\_\_\_\_

सही : \_\_\_\_\_

साक्षी : \_\_\_\_\_

१) जवळचा नातेवाईक

नांव : \_\_\_\_\_

पत्ता : \_\_\_\_\_

सही : \_\_\_\_\_

२) डॉक्टर किंवा मित्र

नांव : \_\_\_\_\_

पत्ता : \_\_\_\_\_

सही : \_\_\_\_\_

**'नेत्रदान श्रेष्ठदान'**

**KRISHNA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES UNIVERSITY, KARAD.**

Pune-Banglore Road, Malkapur (Karad) 415 110 Dist. Satara (Maharashtra)

Ph. No. :- (02164) 241555 to 58

Reg. No.

Date :

**REQUISITION FORM FOR EYE DONATION AFTER DEATH**

To,  
The Professor & Head  
Krishna Institute of Medical Sciences University, Karad.

Respected Sir,

I hereby declare with my soul that after my death my both eyes should be donated to your Eye Bank. These eyes should be used to regain sight of blind persons and/or should be used for purpose of blindness Preventive Research Work.

Name : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nearest Ph. No. : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Witness :

1. Nearest Relation

Name : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

2. Doctor or Friend

Name : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**'DONATE YOUR EYES'**