



मेची आँखा अस्पताल

MECHI EYE HOSPITAL

Birtamode-3, Sainikmode, Jhapa, Nepal
Tel : +977-23-540153, 541992, 541993
Fax No: +977-23541492
Email : mecc@ntc.net.np
Website : www.meh.org.np

फोटो

आँखा दान इच्छा-पत्र

लिखितम्.....को छोरा/छोरी/श्रीमती.....जिल्ला.....

.....न.पा/गा.पा वडा नं.....वस्ने वर्ष.....को.....आगे आफ्नो मृत शरीरको आँखा मात्र कसैको लागि उपयोगी हुन सक्ने भएको र आँखा दान जस्तो सार्थक दान अरु हुन नसक्ने भएको हुँदा मेरो मरणोपरान्त मेरो आँखा दृष्टिबिहिन कसैलाई पनि प्रत्यारोपण गर्न पाउने गरी मेची आँखा अस्पताललाई सहर्ष दान गर्दछु। यस इच्छापत्रमा मेरो परिवार वा हकवाला समेतको पूर्व सहमती भएकोले मेरो इच्छा विरुद्ध कुनै पनि आपसी ग्राहिय हुन सक्ने छैन।

अतः मेरो आँखा मरणोपरान्त यस मेची आँखा अस्पताल माफत कुनै पनि डाक्टर, प्राविधिक वा अन्य आधिकारिक व्यक्तिबाट भिन्न तथा इच्छुक र आवश्यक व्यक्ति विशेषलाई यस मेची आँखा अस्पताल माफत प्रत्यारोपण गर्न पाउने गरी अधिकार प्रदान गर्दछु।

आँखा दान गर्ने व्यक्तिको नाम:-.....

ठेगाना :-.....

हस्ताक्षर :-.....

मिति :-.....

सम्पर्क फोन नं :-.....

रेखात्मक हस्ताक्षर :

दायाँ :

बायाँ :

नाम :-.....

ठेगाना :-.....

हस्ताक्षर :-.....

नाता :-.....

सम्पर्क फोन नं. :-.....

साक्षीहरू :-

नाम :-.....

ठेगाना :-.....

हस्ताक्षर :-.....

नाता :-.....

सम्पर्क फोन नं. :-.....

इति सम्बत् २०.....साल.....महिना.....गते.....रोज शुभम्।

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

दतां नं. :.....

दतां मिति :-.....संकेत नम्बर :-.....

अन्य विवरण :-.....



मेची आँखा अस्पताल

MECHI EYE HOSPITAL

Birtamode-3, Sainikmode, Jhapa, Nepal
Tel : +977-23-540153, 541992, 541993
Fax No : +977-23541492
Email : meche@ntc.net.np
Website : www.meh.org.np

आँखा दान स्वीकृति-पत्र

मानव समुदायको भलाईको लागि म को
..... जिल्ला म/न.पा./गा.पा. वडा नं.
..... बस्ने वर्ष को स्वर्गीय श्री/श्रीमती/सुश्री
का/को मृत शरीरबाट आँखाको नानी कोर्निया (cornea) भिकी अन्तराष्ट्रिय टिष्यू बैंकको प्रक्रिया अपनाई
प्रत्यारोपण, थेरापी मेडिकल अनुसन्धान वा अध्ययन/अध्यापन उद्देश्यका लागि मेची आँखा अस्पताललाई दान गर्ने
सहर्ष अनुमति प्रदान गर्दछु । म मेची आँखा अस्पताल मार्फत आँखा प्रत्यारोपण/प्रयोजन गर्नको लागि टिष्युको
आवश्यक योग्यता पक्का गर्न पूर्ण मेडिकल इतिहास, लाश जाँच ठहर (आवश्यक भएमा) र रगत नमूना जाँच गर्न
समेत स्वीकृति प्रदान गर्दछु ।

आँखा दान स्वीकृति प्रदान गर्ने व्यक्ति

नाम :-

ठेगाना :-

रेखात्मक हस्ताक्षर

हस्ताक्षर :-

दायाँ	बायाँ

मिति :-

सम्पर्क फोन नं. :-

साक्षीहरु:-

नाम :-

नाम:-

ठेगाना :-

ठेगाना :-

हस्ताक्षर :-

हस्ताक्षर :-

नाता :-

नाता :-

सम्पर्क फोन नं. :-

सम्पर्क फोन नं. :-

इति सम्बत् २०..... साल महिना गते रोज शुभम् ।