



महाराष्ट्र शासन

वैद्यकीय शिक्षण विभाग व सार्वजनिक आरोग्य विभाग, महाराष्ट्र राज्य  
आणि  
विभागीय अवयव प्रत्यारोपण समन्वय समिती  
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.

