

एन. के. पी. साळवे वैद्यकीय महाविद्यालय आणि
लता मंगेशकर हॉस्पिटल, नागपूर

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| कॉलेज नंबर : ९१७१०४ ६६५०१३ | डॉ. दीपाली ओंकार ९८२२२४८५७० |
| ९१७१०४ ६६५०८८ | डॉ. राजेश डेहनकर ९५५२१७६४८६ |
| ९१७१०४ ६६५००० | |

प्रपत्र- 'अ'

मरणोत्तर देहदानासंबंधीचे प्रतिज्ञापत्र

मी,

वय

संपूर्ण पत्ता

.....

मी माझ्या नैसर्गिक मृत्युनंतर माझा संपूर्ण देह एन. के. पी. साळवे वैद्यकीय महाविद्यालय आणि लता मंगेशकर हॉस्पिटल, डिगडोह हिंगणा, नागपूर यांना स्वेच्छेने देऊ इच्छितो.

मी माझी देहदानाची इच्छा माझ्या सद्सद्द्विवेक बुद्धीने व पूर्ण जाणिवपूर्वक लिहुन देत आहे.

स्थळ : दिनांक :

सही :

वरील प्रतिज्ञापत्र भरून देतांना आम्ही खाली सही करणारे साक्षीदार म्हणून उपस्थित होतो. साक्षीदाराच्या सहया, संपूर्ण नाव / पत्ता :

१.
.....

२.
.....

फोटो

प्रपत्र- 'ब'

नातेवाईकांनी भरुन देण्यासाठीचे प्रतिज्ञापत्र

श्री. यांनी एन. के. पी. साळवे वैद्यकीय महाविद्यालयाला मरणोत्तर देह दानासंबंधी प्रगट केलेल्या इच्छेबद्दल आम्हाला कोणत्याही प्रकारची हरकत नाही. त्यांच्या मृत्युनंतर आम्ही एन. के. पी. साळवे वैद्यकीय महाविद्यालयाला मृतदेह नेण्यासंबंधी सुचना देऊ व मृतदेह नेण्याकरिता अडथळा करणार नाही. मृतदेह वैद्यकीय महाविद्यालयाच्या स्वाधीन केल्यावर कोणत्याही प्रकारचा हक्क सांगणार नाही, किंवा मोबदला मागणार नाही.

| नातेवाईकांचे नाव व पत्ता | मृतकाशी नाते | सही |
|--------------------------|--------------|-------|
| १. | | |
| २. | | |
| ३. | | |
| ४. | | |