



॥ भवतु सर्व मंगलम् ॥

ટ્રસ્ટ રજી. નં. ઈ. ૪૧૧૮/સુરત

લોકદ્રષ્ટિ ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ - સુરત સંચાલિત

ચક્ષુબેંક

“ગાયત્રી હોસ્પિટલ”, એ-૨૬, રંગ અવધુત સોસાયટી, માતાવાડી, લંબે હનુમાન રોડ, સુરત - ૩૯૫ ૦૦૬.

ટેલીફોન નં.: (૦૨૬૧) ૮૫૫૩૬૫૩ - ૮૫૫૨૫૩૯ - ૮૫૪૫૨૩૨

ફેક્સ : (૦૨૬૧) ૮૫૫૩૬૫૩

મોબાઈલ નં.: ૯૮૨૫૧-૩૨૯૦૯ / ૯૮૨૫૧ - ૧૦૮૦૦

આથી હું નીચે સહી કરનાર ટ્રસ્ટ દ્વારા સંચાલિત ચક્ષુબેંકમાં આવેલ ચક્ષુનાં પ્રત્યારોપણ માટે અરજીકરું છું.
મારી વિગતો નીચે પ્રમાણે છે.

નામ : _____

સરનામું : _____

ફોન નંબર : - ઘર : - _____
ઓફિસ : - _____
મોબાઈલ : - _____

ઉંમર : - _____

દાંઘા કે વ્યવસાયનો પ્રકાર : - _____

- આથી હું પ્રતિજ્ઞાપુર્વક જાહેર કરું છું કે,
- (૧) મારી આંખનું પ્રત્યારોપણ તબીબી ઘોરણો શક્ય છે અને તે મતલબનું પ્રમાણપત્ર આંખનાં નિષ્ણાંત ડોક્ટર શ્રી _____ નું આ સાથે સામેલ છે.
 - (૨) આંખનાં પ્રત્યારોપણ માટે જે ખર્ચ થાય તે ચુકવવા હું સંમત છું.
 - (૩) આંખનાં પ્રત્યારોપણની શસ્ત્રક્રિયા દરમ્યાન કે ત્યારબાદ જો કોઈ તબીબી કે અન્ય કોઈપણ પ્રકારની મુશ્કેલી કે ગુંચવણો ઉભી થાય તો તે માટે ટ્રસ્ટ / ટ્રસ્ટનાં કોઈપણ ટ્રસ્ટીની વ્યક્તિગતરૂપે કે તમામ ટ્રસ્ટીઓની સામુહિક રીતે કોઈ જવાબદારી છે નહિ અને રહેશે નહિ. એ અંગેની સંપૂર્ણ જવાબદારી મારી વ્યક્તિગત રહેશે.
 - (૪) ચક્ષુબેંક તથા ટ્રસ્ટનાં વહીવટ અંગે ટ્રસ્ટી મંડળ સમયે - સમયે જે કોઈ નિયમો કે કાયદાઓ બનાવે તે મને સંપૂર્ણપણે કબુલ મંજૂર અને બંદાનકર્તા રહેશે.
 - (૫) આ અરજીની તમામ વિગતો મને વાંચી સંભળાવવામાં આવી છે અને તે તમામ વિગતો સમજી વિચારીને, મનની સંપૂર્ણ સાવધ અવસ્થામાં મારા ભરોસાની વ્યક્તિ પાસે ચકાસાવીને મારી સંપૂર્ણ સંમતિ દર્શાવવા નીચે સહી કરી છે.
 - (૬) ઉપરની તમામ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા પ્રમાણે સાચી છે.

તારીખ : - _____ અરજદારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન : - _____

સ્થળ : - _____

ભરોસાદાર વ્યક્તિનું નામ :- _____

સરનામું : - _____

સહી : - _____