



॥ 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

ચક્ષુદાન કરવા માટેનો સંમતિ પત્ર

ચક્ષુદાતાનું નામ : - _____

સરનામું : - _____

ફોન નંબર : - ઘર : - _____

ઓફિસ : - _____

મોબાઈલ : - _____

ઉંમર : - _____

ઘંઘા કે વ્યવસાયનો પ્રકાર : - _____

વારસદારનું નામ : - _____

આથી હું પ્રતિજ્ઞાપુર્વક જાહેર કરું છું કે, હું એઈડઝ કે આંખના કેન્સર જેવી કોઈ ગંભીર માંદગીથી પીડાતો/પીડાતી નથી.

તારીખ : - _____

ચક્ષુદાતાની સહી : - _____

સાક્ષીની વિગત : -

સાક્ષી (૧) : -

નામ : - _____

સરનામું : - _____

સહી : - _____

સાક્ષી (૨) : -

નામ : - _____

સરનામું : - _____

સહી : - _____

આપને ચક્ષુદાનનો સંકલ્પ કરવો હોય તો ઉપરનું ફોર્મ ભરી ઉપરના સરનામે પહોચતું કરવું. સાથે પાસપોર્ટ સાઈઝનાં બે (૨) ફોટા મોકલવા.