



नेत्र कोष बिहार  
क्षेत्रीय चक्षु संस्थान  
इ.गां.आ.सं., शेखपुरा, पटना-800014

**EYE BANK OF BIHAR**

Regional Institute of Ophthalmology  
I.G.I.M.S, Sheikhpura, Patna - 800014

Form - 1 (Rule - 3)

Eye Bank of Bihar : Direct Line : 0612-2296019, 0612-2297099, Ext. 264, Fax : 0612-2297225, Email : [eyebankbihar@igims.org](mailto:eyebankbihar@igims.org)

(Authority by Donor for removal of eyes)

..... son/daughter/wife or  
..... aged ..... years, residing at.....

..... here by express my free and frank  
consent for the removal of my eyes after my death from my body, by a registered medical practitioner (Ophthalmic) of a  
recognized Eye Bank/Hospital for their use as medically suitable. I have been explained and I understand all the  
aspects of such a donation.

Place .....  
1. Witness (Next of Kin) :  
Signature .....  
Name .....  
Relationship .....  
Address .....  
Telephone No. if any .....  
Mobile No. ....

Signature .....  
Date .....  
Time ..... AM/PM  
2. Witness : Signature .....  
Name .....  
Address .....  
Telephone No. if any .....  
Mobile No. ....



नेत्र कोष बिहार  
क्षेत्रीय चक्षु संस्थान  
इ.गां.आ.सं., शेखपुरा, पटना-800014

**EYE BANK OF BIHAR**

Regional Institute of Ophthalmology  
I.G.I.M.S, Sheikhpura, Patna - 800014

प्रपत्र -1 (निगम -3)

Eye Bank of Bihar : Direct Line : 0612-2296019, 0612-2297099, Ext. 264, Fax : 0612-2297225, Email : [eyebankbihar@igims.org](mailto:eyebankbihar@igims.org)

(Authority by Donor for removal of eyes)

मान्यता प्राप्त बैंक / अस्पताल का नाम .....  
नेत्र निकालने के लिए दान देने वाले का प्राधिकार  
मैं ..... पुत्र / पुत्री / पत्नी .....  
जन्मतिथि / आयु ..... निवासी .....  
..... इसके द्वारा किसी मान्यता प्राप्त नेत्र बैंक अस्पताल को उनके उपयोग के लिए चिकित्सीय उद्देश्य के लिए  
किसी पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी (आफथैलमिक) द्वारा मेरे मृत्यु के बाद मेरे शरीर से मेरे नेत्र निकालने के लिए स्पष्ट स्वीकृति देता हूँ।  
मैं ऐसे दान के दृष्टिकोण को जानता हूँ।

स्थान : .....  
गवाही (निकटतम सम्बंधी) :  
हस्ताक्षर .....  
नाम .....  
संबंध .....  
पता .....  
टेलीफोन नं., यदि कोई हो .....

हस्ताक्षर .....  
दिनांक .....  
समय : सुबह / सायं .....  
गवाह .....  
हस्ताक्षर .....  
नाम .....  
पता .....  
टेलीफोन नं., यदि कोई हो .....

Name of the nearest Hospital .....

Name of the Family Physician, if any .....

For Official Use Only

Donor Card No.: .....

Dated .....

Please  
Affix  
Stamp

To

**Eye Bank of Bihar**

Regional Institute of Ophthalmology,  
Indira Gandhi Institute of Medical Sciences  
Sheikhpura, Patna - 800 014

नजदीकी अस्पताल का नाम .....

परिवारिक चिकित्सक का नाम, यदि हों तो .....

केवल कार्याकल प्रयोग के लिए .....

दान दाता पत्र संख्या .....

दिनांक .....

कृपया  
टिकट  
लगाए

सेवा में,

**नेत्र कोष बिहार**

**क्षेत्रीय चक्षु संस्थान**

इंदिरा गांधी आर्युविज्ञान संस्थान

शेखपुरा, पटना-800014