



सत्यमेव जयते

**Public Health Department,  
Government of Maharashtra.  
and  
Zonal Transplant Co-ordination Centre, Mumbai  
Pledge your organs - Consent Letter**

(As per THOA Rule Form No.5)

I \_\_\_\_\_

s/o, d/o, w/o Shri \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

address \_\_\_\_\_

in the presence of persons mentioned below hereby unequivocally authorize the removal of my organ/organs from my body after my death for therapeutic purpose.

- Heart       Liver       Lungs       Kidneys       Pancreas       Intestines
- Eyes       Skin       Bone       Heart Valves       Ear Drum

Blood Group : \_\_\_\_\_

Email Id: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Witness 1\***

Shri/Smt/Km \_\_\_\_\_

s/o, d/o, w/o Shri \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

address \_\_\_\_\_

Relationship : \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Witness 2\***

Shri/Smt/Km \_\_\_\_\_

s/o, d/o, w/o Shri \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

address \_\_\_\_\_

Relationship : \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\*Out of two, at least one witness needs to be close relative.



महाराष्ट्र शासन

सार्वजनिक आरोग्य विभाग, महाराष्ट्र राज्य  
व

विभागीय अवयव प्रत्यारोपण समन्वय समिती (ZTCC)

अवयवदान संमती पत्र

(मा.आ.प्र. नियम, फॉर्म-५अनुसार)

मी \_\_\_\_\_ यांचा/यांची मुलगा, मुलगी, पत्नी  
श्री./श्रीमती \_\_\_\_\_ वय : \_\_\_\_\_  
पत्ता : \_\_\_\_\_

माझ्या मृत्युनंतर वैद्यकीय उपचारांसाठी माझ्या शरीराचे अवयव काढण्यास, खालील व्यक्तीच्या उपस्थितीत मी  
निःसंदिग्धपणे संमती देत आहे.

अ)  योग्य तो अवयव

ब)  हृदय  यकृत  फुफ्फुसे  मुत्रपिंडे  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 क्र.: \_\_\_\_\_

स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

साक्षीदार क्र. २\*

श्री / श्रीमती / कुमारी \_\_\_\_\_ वय \_\_\_\_\_

श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ (यांचा/यांची मुलगा, मुलगी, पत्नी)

पत्ता : \_\_\_\_\_

नाते \_\_\_\_\_ संपर्कासाठी क्र.: \_\_\_\_\_

स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

\*उपरोक्त २ पैकी किमान १ साक्षीदार जवळच्या नातेवाईक असणे आवश्यक आहे.