

কার্ডটি পূরণ করে দু'কপি স্ট্যাম্প সাইজের ছবিসহ পাঠান এবং পকেট ডোনার কার্ডের জন্য অপেক্ষা করুন। চোখদানের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করলেও কার্ডটি ফেরৎ পাঠান। এতে আমরা আর্থিক ক্ষতি থেকে রক্ষা পাবো।



মরণোত্তর চক্ষুদান অঙ্গীকারপত্র

[অন্ধত্বমোচন (চক্ষুদান) আইন, ১৯৭৫ অনুসারে]

২ কপি স্ট্যাম্প
সাইজের ছবি

জনাব,

দেশের অন্ধত্ব সমস্যা সমাধানের আন্তরিক তাগিদে আমি আপনাদের চক্ষুব্যাংকে আমার চোখদানের অঙ্গীকার করছি। অনুগ্রহপূর্বক আমার মৃত্যু সংবাদ পাওয়ার পর যথাযথ ব্যবস্থা গ্রহণ করবেন।

নাম (স্পষ্ট অক্ষরে) _____ জন্ম তারিখ _____

বর্তমান ঠিকানা _____

_____ ফোন _____

স্থায়ী ঠিকানা _____

_____ ফোন _____

ফ্যাক্স _____ ই-মেল _____

তারিখ _____ স্বাক্ষর _____

(অপর পৃষ্ঠায় দেখুন)

* সাক্ষী (পরিবারের সদস্য)

১। নাম

সম্পর্ক

স্বাক্ষর

২। নাম

সম্পর্ক

স্বাক্ষর

* সাক্ষী (যিনি সত্যায়িত করতে পারেন)

১। নাম

পদবী

স্বাক্ষর

২। নাম

পদবী

স্বাক্ষর

ডাক টিকেট

সন্ধানী জাতীয় চক্ষুদান সমিতি

ও

সন্ধানী আন্তর্জাতিক চক্ষুব্যাংক

ঢাকা মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল

ঢাকা - ১০০০, বাংলাদেশ

ফোন : ৮৬১৪০৪০ (ঢাকা)

ফ্যাক্স : ৮৬২০৩৭৮

(অফিস ২৪ ঘন্টা খোলা)