



GOVERNMENT OF KERALA

"Mritha Sanjeevani" ORGAN DONATION DECLARATION FORM

District Code :
(Please complete in CAPITAL LETTERS using a black ballpoint pen)

Nationality :

First Name :

Last Name* :

Age : Day Month Year

Sex : Male Female (Please tick the boxes that apply)

Blood Group :

Organs : All Organs Corneas (Eyes) Kidneys
 Heart Lungs Liver
 Pancreas Whole Body

I. D Card No. :

E-mail :

Mobile :

Emergency Contact

Person Name :

Address :

Mobile :

I hereby declare that, I am willing to donate my organs for social benefit as a life saving measure for patients suffering from permanent organ(s) failure, in the event of an unanticipated Brain Death occurring to me

Date : _____ Signature : _____
Name : _____

Reg. No. :



KIDNEY FEDERATION OF INDIA

(Reg.No. 451/IV/2009) Pallithamam Shopping Complex, Thrissur - 680 020, Kerala
Ph: +91 487 23 22 999, +91 487 23 20 302
Email : kidneyfederationofindia@gmail.com | Web : www.kidneyfed.com

SUPPORTED BY



GROUP



കേരള സർക്കാർ

“മൃതസഞ്ജീവനി” അവയവദാന സമ്മതപത്രം

ജില്ലാ കോഡ് :

പൗരത്വം :

ആദ്യ പേര് :

അവസാന പേര്* :

വയസ്സ് : ദിവസം മാസം വർഷം

സ്ത്രീ / പുരുഷൻ : സ്ത്രീ പുരുഷൻ (ബന്ധപ്പെട്ട കോളത്തിൽ 'ടിക്' അടയാളം ചെയ്യുക)

രക്തഗ്രൂപ്പ് :

അവയവം : എല്ലാ അവയവങ്ങളും കണ്ണ് വൃക്ക

ഹൃദയം ശ്വാസകോശം കരൾ

പാൻക്രിയാസ് ശരീരം മുഴുവനും

ഐഡൻറിറ്റി കാർഡ് നമ്പർ :

ഇമെയിൽ :

മൊബൈൽ :

അടിയന്തിരമായി ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വ്യക്തി

വ്യക്തിയുടെ പേര് :

വിലാസം :

മൊബൈൽ :

പ്രതീക്ഷിക്കാതെ എനിക്ക് സംഭവിക്കുന്ന മസ്തിഷ്ക മരണത്തിൽ സാമൂഹിക നേട്ടത്തിനും അനുബന്ധമായി ഒരു വ്യക്തിയുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കാൻ വേണ്ടിയും ഞാൻ എന്റെ അവയവം ദാനം ചെയ്യാൻ തയ്യാറാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി : പേര് :

ഒപ്പ് :

രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :



കിഡ്നി ഫെഡറേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യ

(Reg.No. 451/IV/2009) പള്ളിത്താനം ഷോപ്പിംഗ് കോംപ്ലക്സ്, തൃശൂർ - 680 020, കേരള
Ph: +91 487 23 22 999, +91 487 23 20 302

Email : kidneyfederationofindia@gmail.com | Web : www.kidneyfed.com

SUPPORTED BY



GROUP