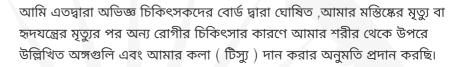


## Ministry of Health & Family Welfare Government of India

## ORGAN DONATION PLEDGE CERTIFICATE



I, hereby unequivocally authorise the removal of the mentioned Organ(s) and /or Tissue(s) from my body for therapeutic purpose after being declared (Brain Stem/Cardiac) dead by the board of medical experts.

পিতার/স্বামীর নাম

Father's/Husband's Name

ABHA নম্বর

**ABHA Number** 

**NOTTO ID** 

অঙ্গ

Organs

টিস্যু

**Tissues** 

অন্যান্য অঙ্গ এবং টিস্যু other organs and tissues

প্রদানের তারিখ

Date of Issuance

রক্তের গ্রুপ

**Blood Group** 

জরুরী যোগাযোগ নম্বর

**Emergency Contact Number** 

