



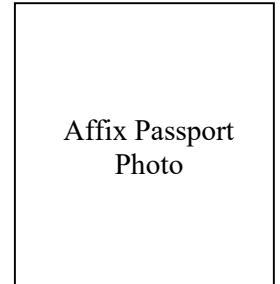
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
MANGALAGIRI
Department of Anatomy

Form No:.....

Date:

REGISTRATION FORM
VOLUNTARY BODY DONATION
(BY DONOR)

To
The Professor & Head,
Department of Anatomy,
AIIMS, Mangalagiri.



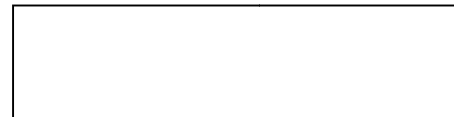
I.....S/o,D/o.....
Resident ofaged.....,
am willing to voluntarily donate my body, after my death to the Department of Anatomy All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), Mangalagiri, for medical education & research purpose.

I desire that, my next of the kin and member of my family, who will be present at the time of my death, will donate my body to Dept. of Anatomy, All India Institute of Medical Sciences, and Mangalagiri on my behalf. Accordingly they will inform Department of Anatomy, All India Institute of Medical Sciences, and Mangalagiri regarding my death.

Aadhar Card No: _____

Blood Group: _____ D.O.B: _____

Email ID: _____



(Applicant Signature)

Full Name: _____

Address: _____

Contact No: _____

Applicant Identification Marks:

1. _____

2. _____

(Witness Signature-1)
Name: _____
Address: _____
Contact No: _____

(Witness Signature-2)
Name: _____
Address: _____
Contact No: _____

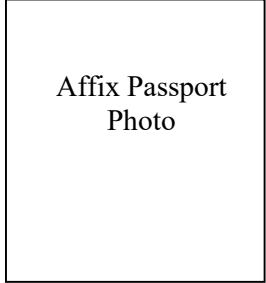


ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
MANGALAGIRI
Department of Anatomy

సభ్యత్వ నమోదుపత్రం
స్వచ్ఛంద శరీర దానం (దాత ద్వారా)

To

ఆచార్యుడు మరియు విభాగాధిపతి,
శరీర నిర్మాణ శాస్త్ర విభాగం,
అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ, మంగళగిరి.



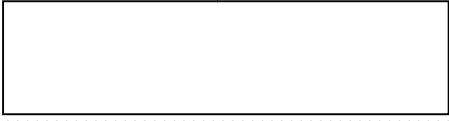
Affix Passport
Photo

నేను S/o, D/o, W/o

నివాసి.....వయస్సులో..... నా
మరణానంతరం నా శరీరాన్ని అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ మంగళగిరి (AIIMS), మంగళగిరి, శరీర నిర్మాణ శాస్త్ర విభాగానికి, వైద్య విద్య &
పరిశోధన ప్రయోజనం కోసం స్వచ్ఛంద దం గా దానం చేయడానికి సిద్ధం గా ఉన్నాను.

నేను మరణించే సమయం లో నా దగ్గరి బంధువు మరియు నా కుటుంబం లోని సభ్యుడు, నా తరపున నా శరీరాన్ని శరీర నిర్మాణ శాస్త్ర
విభాగం, అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ, మంగళగిరి, దానం చేయాలని కోరుకుంటున్నాను. దీని ప్రకారం వారు నా మరణానికి సంబంధించి శరీర
నిర్మాణ శాస్త్ర విభాగం, అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ, మంగళగిరికి తెలియజేస్తారు.

ఆధార్ కార్డ్ నంబర్: _____



(దరఖాస్తుదారు సంతకం)

రక్త సమూహం: _____ పుట్టిన తేదీ _____

పూర్తి పేరు: _____

ఇమెయిల్ ID: _____

చిరునామా: _____

దరఖాస్తుదారు గుర్తింపు గుర్తులు:

1. _____

సంప్రదించాల్సిన నెం: _____

2. _____

(సాక్షి సంతకం-1)

పూర్తి పేరు: _____:

చిరునామా: _____

సంప్రదించాల్సిన నెం: _____

(సాక్షి సంతకం-2)

పూర్తి పేరు: _____:

చిరునామా: _____

సంప్రదించాల్సిన నెం: _____