



Bank Mata Bali – RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
Jalan Diponegoro, Denpasar, Bali, 80114
Email: info@bankmatabali.org Telp: 0818218210
Website: www.bankmatabali.org



SURAT PERNYATAAN CALON DONOR KORNEA MATA

Nomor :...../...../.....

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
No.KTP :
Tempat Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : Pria / Wanita (coret yang tidak perlu)
Agama :
Pekerjaan :
Alamat :
No.HP/Email :
Organisasi :

Menyatakan dengan tulus dan ikhlas MENYUMBANGKAN kornea mata saya, apabila saya telah meninggal dunia untuk kepentingan Kemanusiaan, maka saya menginginkan :

1. Agar kornea mata saya diambil (eksisi) untuk kemudian di Transplantasikan (cangkokan) kepada orang yang membutuhkan.
2. Memberi kuasa sepenuhnya kepada Pengurus PPMTI-BMI untuk melaksanakan Eksisi (pengambilan) dan Transplantasi (pencangkokan) tersebut diatas, sesudah saya dinyatakan meninggal oleh Dokter.

Pernyataan ini saya buat dengan sukarela, dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Semoga Yang Maha Mencipta menerima amal baik kita.

Ahli Waris,

.....
Yang Membuat Pernyataan,

(_____)

(_____)



Bank Mata Bali – RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
Jalan Diponegoro, Denpasar, Bali, 80114
Email: info@bankmatabali.org Telp: 0818218210
Website: www.bankmatabali.org



Suami/Istri/Ahli Waris

KELUARGA/AHLI WARIS yang dapat dihubungi (selain Ahli Waris yang menandatangani)

Nama :

Selaku* :

Alamat :

No.Tlp/Hp :

***Sebutkan hubungan dengan Donor (Suami/Istri/Anak dsb nya)**