

**Department of Anatomy****Lady Hardinge Medical College, New Delhi - 110001**

Director Office: (011)23363728 (Extn. 8105), 23408105, 23343984

HODs Desk: (011)23363728 (Extn. 8129 to 8136), 23362088 (Direct), 23408129 (Direct)

College Operator: (011) 23363728 (Extn. 8129), 23408100

CMO: (011) 23408257

All seven days of the week (Time 7 am - 7 pm)

Paste here a
recent
photograph**DECLARATION OF BEQUEST वसीयत की घोषणा****Consent for Body Donation देहदान सहमति पत्र**

Delhi Anatomy Act 1953 दिल्ली एनाटॉमी 1953 अधिनियम

I मैं (full Name पूरा नाम)

son/daughter/wife of Shri/Shrimati पुत्र/पुत्री/पत्नी, श्री/श्रीमति

resident of निवासी (full address पूरा पता)

Hereby bequeath and devise to the Anatomy Department / LHMC & Associated Hospitals, New Delhi at the time of my death, my dead body for study and dissection of my part under their care and hereby declare that no person including my heir, representative, relative etc., will be entitled to object for any reason whatsoever, to the donation of my dead body after my death to the authorised medical personnel in the said Hospital/college authorities for the said purpose.

मैं घोषणा करती/करता हूँ कि मेरी मृत्यु के बाद मेरा मृत शरीर एनाटॉमी विभाग - एल.एच.एम.सी. व संबंधित अस्पताल, नई दिल्ली के अधीन चिकित्सीय अध्ययन व शरीर बिच्छेदन के लिए दे दिया जाए। मैं यहां यह भी घोषणा करती/करता हूँ कि किसी भी व्यक्ति को, किसी भी कारणवश, मेरे मृत्यु के बाद, मेरे इस देहदान के निर्णय को मना करने का कोई भी हक नहीं होगा, वो चाहे मेरे वारिस, प्रतिनिधि व परिजन ही क्यों न हों।

Immediately after my death, Shri./Smt./Kumar/Kumari मेरे तत्काल मृत्यु के बाद श्री/श्रीमति/कुमार/कुमारी

..... (give relation रिश्ता बताया गया है)

..... whose signature is given as a testator will inform to the hospital/college authorities and

make necessary arrangements to deliver the dead body. एक वसीयत कर्ता के रूप में दिया गया है, अस्पताल/कॉलेज को सूचित करेंगे व मृत शरीर को देने के लिए आवश्यक प्रबंध करेंगे।

In witness whereof I have signed this will on

मैंने एक गवाह के रूप में, मैंने इस वसीयत पर को हस्ताक्षर किये।

Dated तिथि

Place स्थान

Signature in full of the Testator

वसीयत कर्ता के पूर्ण हस्ताक्षर

Signed by named testator in our presence at the same time and each of us has in the presence of the testator signed his name hereunder as an attesting witness. हमारी उपस्थिति में नामित वसीयत कर्ता ने हस्ताक्षर किये व हम में से हर एक ने वसीयत कर्ता की उपस्थिति में इसके अंतर्गत हस्ताक्षर किये।

Sr. No. क्रमांक	Name नाम	Signature हस्ताक्षर	Full Address पूरा पता	Relation संबंध

Signature of the person responsible for informing the hospital of donors death.

देहदान दाता की मृत्यु की सूचना, अस्पताल को, देने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

NOTE सूचना :

- Please fill two forms and give one to the nearest relative or executor of your will and second form should be sent to the Head of Anatomy Department, LHMC, New Delhi. कृपया दो फॉर्म भरें। एक फॉर्म को नजदीकी परिजन या वसीयत कर्ता बनाने वाले को तथा दूसरे फॉर्म को एनाटॉमी विभाग, एल.एच.एम.सी., नई दिल्ली को भेजें।
- Photographs to be pasted on both the forms. दोनों फॉर्म पर फोटो चिपकायें।
- Photograph with name written on back side to be submitted to the Department for a donor card. देहदान दाता कार्ड बनाने के लिए, फोटो के पीछे नाम लिख कर, विभाग में जमा करें।