



PERKUMPULAN PENYANTUN MATA TUNANETRA INDONESIA

PPMTI / BANK MATA INDONESIA

CABANG UTAMA DKI JAKARTA

RS. Mata Prof. DR. Isak Salim "AINI" Jl. H. R. Rasuna Said, Kuningan Jakarta 12920
☎ 5206659 - 5256228 HP 0816955120 - email: fatmaasyari@yahoo.com

SURAT PERNYATAAN

Nomor : / /

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tempat Lahir :

Tgl. Lahir (usia) : / / tahun

Kelamin : Pria / Wanita

Agama :

Alamat :

Kota - kode pos : -

No. Telepon : -

HP :

Pekerjaan :

Organisasi :

Email :

Menyatakan dengan tulus, bahwa apabila saya telah meninggal dunia, maka saya menginginkan :

1. Agar mata saya diambil untuk kemudian dicangkokkan kepada orang yang membutuhkan.
2. Memberi kuasa kepada Pengurus Bank Mata Indonesia Cabang Utama DKI Jakarta untuk melaksanakan pengambilan dan pencangkokkan tersebut diatas, sesudah saya dinyatakan meninggal dunia oleh Dokter.
3. Kepada ahli waris supaya merelakan dan membantu petugas Bank Mata agar proses enucleasi mata saya dapat berjalan dengan lancar dan diridhoi sesuai dengan niat - wasiat saya.

Pernyataan ini dibuat dengan sukarela tanpa adanya paksaan, demi perikemanusiaan.

Mengetahui,

.....20.....
Yang membuat pernyataan,

(_____)
Suami / Istri / Ahli Waris

(_____)

Nama :

Alamat :

Mengetahui,
BANK MATA INDONESIA
CABANG UTAMA DKI JAKARTA

(_____)

Mohon lampirkan 3 lembar pas foto ukuran (3 x 4)