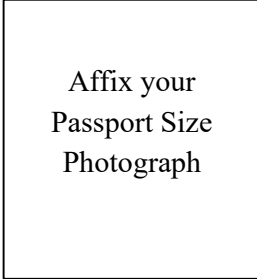


**WILL FORM FOR WHOLE BODY DONATION**

I .....  
S/O, W/O, D/O .....  
Age..... Gender.....  
Resident of .....  
.....  
.....



**I wish to make the following bequeathments in sound health, after forming a considered opinion reached after prolonged thinking, in respect of my body after death. I hereby declare as under:-**

1. This WILL does not cover my last WILL in respect of my moveable or immoveable property.
2. This WILL is regarding the disposal of my body after death. All or any previous will if made earlier shall be superseded by the present will.
3. I offer and declare that after my death my body would be at the disposal of AIIMS Bilaspur (H.P.). The Institute shall be at liberty to deal with in any manner or give it to some other medical Institute as it may deem fit and my heirs and relatives shall not have any objection to use my body for therapeutic purpose or for the purpose of anatomical examination, dissection, surgical operation and research work (As per anatomy act of Himachal Pradesh)
4. It will be the responsibility of my heirs and relatives to inform the Institute about my death in shortest possible time. In case of prior information, AIIMS Bilaspur (H.P.) will provide road transportation/ reimbursement of transportation charges (as per rules of AIIMS Bilaspur) only within the jurisdiction of Himachal Pradesh.
5. This WILL, I have made at my own free WILL and without any pressure, misrepresentation or force.
6. I believe that putting my dead body at the disposal of Institute shall be better than consigning it in flames/ burial. I have informed my hires and relative about this WILL and they shall have no claim over my body.
7. After my death, my family will provide a death declaration certificate issued by a registered Medical Practitioner or local governing body to Department of Anatomy, AIIMS Bilaspur (H.P.) at the time of donation.
8. I hereby provide my consent for the utilization of the body for the purpose of therapeutic purpose or for the purpose of anatomical examination, dissection, surgical operation and research work
9. I understand that the body may be subject to extensive preparation including dissection and preservation procedures.
10. I authorize the whole-body donation without monetary compensation or valuable consideration made to me or any family member.
11. I understand that AIIMS Bilaspur (H.P.) reserves the right, at their sole discretion, to decline acceptance of the donation and related charges if it appears unsafe or unsuitable for the purposes consented to herein.

Executed on dated.....in the presence of witnesses.  
\*Must have two witness signatures of persons who are mentally sound and 18 Years of age or above. Witness cannot be the person consenting to donation.

**Witness – 1**

**Witness – 2**

Name .....  
Age/Gender .....  
Relation .....  
Address .....  
.....  
Contact No .....  
Signature .....  
Date .....

Name .....  
Age/Gender .....  
Relation .....  
Address .....  
.....  
Contact No .....  
Signature .....  
Date .....

**Signature of Donor** .....  
Contact No. ....

**For Office Use Only**

Registration No. ....Date.....  
Body Donation Helpline Number :- .....

## स्वेच्छिक देहदान पत्र

में.....  
पुत्र/ पत्नी/ पुत्री.....  
उम्र..... लिंग .....

अपना पासपोर्ट साइज फोटो  
चिपकार

में, अच्छे स्वास्थ्य में एक सुविचारित राय बनाने के बाद, मरणोपरांत अपने शरीर के संबंध में निम्नलिखित वसीयतनामा करना चाहता/ चाहती हूँ। मैं इसके द्वारा निम्नानुसार घोषणा करता / करती हूँ:

1. यह वसीयत मेरी चल या अचल संपत्ति के संबंध में मेरी अंतिम वसीयत को कवर नहीं करती है।
2. मृत्यु के बाद मेरे शरीर के डिस्पोजल के संबंध में यह मेरी वसीयत है। सभी और अन्य पिछली वसीयतें, यदि पहले बनाई गई हों, वर्तमान वसीयत द्वारा प्रतिस्थापित कर दी जाएंगी।
3. मैं प्रस्ताव और घोषणा करता/ करती हूँ कि मेरी मृत्यु के बाद मेरा शरीर एम्स बिलासपुर (हि.प्र.) के डिस्पोजल में होगा। संस्थान, किसी भी प्रकार से प्रयोग करने या इसे किसी अन्य चिकित्सा संस्थान को देने के लिए स्वतंत्र होगा और मेरे उत्तराधिकारियों और रिश्तेदारों को मेरे शरीर का उपयोग उपचारात्मक उद्देश्य या शारीरिक परीक्षण विच्छेदन, शल्यक्रिया और अनुसंधान कार्य (हिमाचल प्रदेश के एनाटॉमी अधिनियम के अनुसार) के उद्देश्य से करने में कोई आपत्ति नहीं होगी।
4. मेरी मृत्यु के बारे में कम से कम समय में संस्थान को सूचित करना मेरे उत्तराधिकारियों और रिश्तेदारों की जिम्मेदारी होगी। पूर्व सूचना के मामले में, ट्रांसपोर्ट की सुविधा अथवा ट्रांसपोर्ट संबंधित शुल्क की प्रतिपूर्ति एम्स बिलासपुर के नियमों के अनुसार किया जाएगा।
5. यह वसीयत मैंने अपनी मर्जी से और बिना किसी दबाव, गलतबयानी या जबरदस्ती के बनाई है।
6. मेरा मानना है कि मेरे मृत शरीर को संस्थान को दान करना अंतिम संस्कार करने से अच्छा होगा। मैंने अपने उत्तराधिकारियों और रिश्तेदारों को इस वसीयत के बारे में सूचित कर दिया है और उनका मेरे शरीर पर कोई अधिकार नहीं होगा।
7. मेरी मृत्यु के बाद, मेरा परिवार दान के समय एम्स बिलासपुर (हि.प्र.) के एनाटॉमी विभाग को एक पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी या स्थानीय शासी निकाय द्वारा जारी मृत्यु घोषणा प्रमाण पत्र प्रदान करेगा।
8. मैं उपचारात्मक उद्देश्य या शारीरिक परीक्षण, विच्छेदन, शल्यक्रिया और अनुसंधान कार्य के प्रयोजन के लिए शरीर के उपयोग का अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।
9. मैं समझता / समझती हूँ कि मेरा मृत शरीर, विच्छेदन और संरक्षण प्रक्रियाओं सहित व्यापक तैयारी से गुजर सकता है।
10. मैं या परिवार के किसी सदस्य को बिना किसी आर्थिक लाभ या प्रतिफल के संपूर्ण देहदान एम्स बिलासपुर (हि.प्र.) को अधिकृत करता/करती हूँ।
11. मैं समझता / समझती हूँ यदि देहदान स्वीकृत उद्देश्यों के लिए असुरक्षित या अनुपयुक्त प्रतीत होता है, तो एम्स बिलासपुर (हि.प्र.) अपने विवेकाधिकार से, दान और संबंधित शुल्कों की स्वीकृति को अस्वीकार करने का अधिकार रखता है।

गवाहों की उपस्थिति में दिनांक ..... को निष्पादित किया गया।

\*मानसिक रूप से स्वस्थ और 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्तियों के दो गवाह हस्ताक्षर होने चाहिए। दान के लिए सहमति देने वाला व्यक्ति साक्षी नहीं हो सकता।

### साक्षी -1

नाम .....  
उम्र / लिंग.....  
रिश्ता .....  
पता .....  
.....  
संपर्क नंबर .....  
हस्ताक्षर .....  
दिनांक .....

### साक्षी -2

नाम .....  
उम्र / लिंग.....  
रिश्ता .....  
पता .....  
.....  
संपर्क नंबर .....  
हस्ताक्षर .....  
दिनांक .....

दाता के हस्ताक्षर.....  
मोबाइल नंबर.....

### कार्यालय के उपयोग के लिए ही

पंजीकरण संख्या ..... दिनांक .....

देहदान हेल्पलाइन नंबर:- .....

## BODY DONATION CARD/ देहदान कार्ड

WHOLE BODY DONATION CARD	
Regd. No. ....Dated .....	Affix stamp size photograph of donor
Donor Name .....	
S/o, D/o, W/o .....	
Age/Gender .....	
Address .....	
Contact No. ....	Sign of Donor
Next to Kin & Contact Number.....	

TO WHOM IT MAY CONCERN	
This is to certify that I have donated my whole body after death to the Department of Anatomy, AIIMS BILASPUR (H.P.) for medical teaching and research purposes. In the event of my death, contact the following for instructions of body donation. My body will be transported to AIIMS Bilaspur (H.P.) by my family.	
Contact no. of control room - .....	
I have submitted my will for donation of whole body to the above said Department.	
Registration No..... Dated.....	
Signature Head, Dept. of Anatomy AIIMS BILASPUR (H.P.)	Sign of Donor
*It is mandatory for family to provide Death Declaration Certificate given by registered medical practitioner/ local governing body (sarpanch / municipal councilor) of area of residence.	

देहदान कार्ड	
पंजीकरण संख्या..... दिनांक.....	दाता का स्टाम्प साइज फोटो चिपकाए
दाता का नाम.....	
पुत्र/ पत्नी/ पुत्री.....	
उम्र / लिंग.....	
पता .....	
मोबाइल नंबर .....	दाता के हस्ताक्षर
परिजन का नाम और संपर्क नंबर.....	

उनके लिए जो इससे संबद्ध हो सकते हैं	
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने चिकित्सा शिक्षण और अनुसंधान उद्देश्यों के लिए मरणोपरान्त अपना पूरा शरीर एनाटॉमी विभाग, एम्स बिलासपुर (हि.प्र.) को दान कर दिया है। मेरी मृत्यु होने की स्थिति में देहदान के निर्देश के लिए निम्नलिखित से संपर्क करें। मेरा पार्थिव शरीर मेरे परिवार द्वारा एम्स बिलासपुर (हि.प्र.) पहुंचाया जाएगा।	
नियंत्रण कक्ष का संपर्क नंबर - .....	
मैंने उपरोक्त विभाग को पूरे शरीर के दान के लिए अपनी वसीयत प्रस्तुत की है।	
पंजीकरण संख्या ..... दिनांक .....	
हस्ताक्षर विभाग प्रमुख, एनाटॉमी विभाग एम्स बिलासपुर (एच.पी.)	दाता के हस्ताक्षर
* परिवार के लिए निवास क्षेत्र के पंजीकृत चिकित्सक/स्थानीय शासी निकाय (सरपंच/नगर पार्षद) द्वारा दिया गया मृत्यु घोषणा प्रमाण पत्र देना अनिवार्य है।	

**WILL FORM & CARD along with copy of Aadhar card should be send on Postal Address:**

<p style="text-align: center;"><b>Department of Anatomy</b> <b>All India Institute of Medical Sciences Bilaspur, Kothipura,</b> <b>Bilaspur, Himachal Pradesh- 174037</b> <b>Contact Number.....</b></p>
--

**आधार कार्ड की प्रति के साथ फॉर्म और कार्ड डाक पते पर भेजा जाना है :**

<p style="text-align: center;"><b>एनाटॉमी विभाग,</b> <b>अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान बिलासपुर, कोठीपुरा,</b> <b>बिलासपुर, हिमाचल प्रदेश - 174037</b> <b>मोबाइल नंबर .....</b></p>
---