



डॉ. पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठ

कृषि नगर, अकोला - ४४४ १०४ (महाराष्ट्र)



कुलसचिव

दुरध्वनी

: ०७२४-२२५८३७२

वाचा : मा. राज्यपालांचे उपसचिव, महाराष्ट्र राज्य यांचे पत्र क्र. RB/Gen-2024/Eye-Donation-Camp/CR-964/Edn.2/354, 17th April, 2025

परिपत्रक

क्र. साप्रवि/जीजी-१/परिपत्रक-Eye Don. Camp/ ७७२/२०२५

दिनांक : ३०/०६/२०२५

उपरोक्त शासकीय पत्रान्वये मा. कुलपतींच्या इच्छेनुसार मरणोत्तर नेत्रदानाची संकल्पना राबवावी आणि सर्व जनतेमध्ये नेत्रदानाचा संदेश मोठ्या प्रमाणात पोहोचवावा त्याअनुषंगाने नेत्रदान संमती फॉर्म गोळा करण्याचे उद्दिष्ट पूर्ण करण्यासाठी प्रत्येक विद्यापीठाकडून वर्षासाठी ३०० नेत्रदान सहायक फॉर्म घेण्याचे लक्ष ठेवण्यात आले आहे.

करीता डॉ. पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठातील सर्व नियंत्रण अधिकारी / कार्यालय प्रमुख / विभाग प्रमुख व त्यांचे अधिनस्त कार्यालयातील अधिकारी व कर्मचारी यांनी या परिपत्रकासोबत जोडलेल्या नेत्रदान संमती फॉर्म भरून नोंदणी करावी व संमती फॉर्म या कार्यालयास पाठविणेबाबत योग्य कार्यवाही करण्यात यावी.

मा. कुलगुरु महोदयांचे मंजूरीने निर्गमित.

सोबत : संमती फॉर्म

कुलसचिव

डॉ. पं.दे.कृ.वि., अकोला

प्रतिलिपी :

- १) संचालक (सर्व) -----
- २) अधिष्ठाता (सर्व) -----
- ३) सहयोगी अधिष्ठाता (सर्व) -----
- ४) वरिष्ठ संशोधन शास्त्रज्ञ (सर्व) -----
- ५) प्रभारी अधिकारी (सर्व) -----
- ✓ ६) प्रभारी अधिकारी, कृषि संशोधन माहिती प्रणाली कक्ष (ARIS Cell) यांना विद्यापीठ संकेतस्थळावर प्रसिध्द करण्याकरीता.
- ७) विभाग प्रमुख/ कार्यालय प्रमुख / नियंत्रण अधिकारी (सर्व) -----
- ८) विद्यापीठ नियंत्रक / विद्यापीठ अभियंता / विद्यापीठ ग्रंथपाल/ विद्यापीठ जनसंपर्क अधिकारी
- ९) उपकुलसचिव (आस्थापना/साप्रवि/वि.वि.)
- १०) सहायक कुलसचिव (आस्थापना/साप्रवि/परिक्षा/समिती/प.शि.सं./कृ.म.वि./उ.वि.म./व.वि.म./कृषि अभि.)
- ११) सहायक नियंत्रक (अंदाजपत्रक/मुख्यालय)/अधिदान व लेखाधिकारी, अकोला.
- १२) मा. कुलगुरूंचे स्वीय सहायक / तांत्रिक सचिव यांना माहितीकरीता सादर.
- १३) मा. कुलसचिवांचे स्वीय सहायक यांना माहितीकरीता सादर.
- १४) सुरक्षा अधिकारी, सुरक्षा विभाग, डॉ. पं.दे.कृ.वि., अकोला.
- १५) -----

[FORM FOR DONATION OF EYES AFTER DEATH]

Col. Sir JAMSHEDJI DUGGAN GOVERNMENT EYE. BANK

Maharashtra State

(In the compound of J. J. Group of Hospitals, Bombay 400 008)

Tel. No. 339004

Date : _____

Sir,

I hereby Voluntarily Donate my eyes at the time of my death to the Col. Sir Jamshedji Duggan Government Eye Bank (in the compound of J. J. Group of Hospitals) to be used by that Bank to restore the sight of some blind person and/or research seeking to prevent blindness and to find cures for diseases of the eye.

WITNESS

(Next of kin)

Signature

Signature of Donor

Name and Address

Signature

Name and Address

Address of Donor

Relative or Friend

Donor, Please print your full Name, Age and Telephone No.
(G.C.P) MO-A O 3031 (35,000-0-79)

"There is the Element of the Divine in the Skill of the Surgeon."

On receipt of your eye donation card a pocket card will be sent to you stating your donation and instruction to your next of kin.

No removal of one's eyes does not in any way alter the looks of the deceased.

DONATED EYES MUST BE REMOVED FROM THE DECEASED PERSON
WITHIN HOURS AFTER DEMISE, BECAUSE MANY EYES ARE LOST FOR THIS
HUMANITARIAN PURPOSE AT THIS CRITICAL TIME. WE ASK THAT YOU
NOTIFY THOSE NEAR TO YOU OF YOUR DONATION.

Through this donation a part of you may live for years, giving some one the
blessings of sight.

DONORS ARE REQUIRED TO FILL OUT A CARD ONLY ONCE

YOU MAY HELP TO PERFORM A MIRACLE