



PERKUMPULAN PENYANTUN MATA TUNANETRA INDONESIA
PPMTI / BANK MATA INDONESIA

Ruko Wijaya Grand Center Jl. Wijaya II Blok E No. 5, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan 12160
Telp. (021) 2709 6801- 2709 5587 Email. indonesiamatanet@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)