

Postage will be paid by addressee. For Singapore only.

NATIONAL ORGAN TRANSPLANT UNIT
c/o Singapore General Hospital
Singapore 169608

BUSINESS REPLY SERVICE
PERMIT NO. 01589



National Organ Transplant Unit

Please fold here

Note:

- This objection to organ removal only applies to -
 - Singapore Citizens and Singapore Permanent Residents; and
 - persons aged 21 years and above.
- This form shall be invalid if it is not duly completed.
- Please forward the completed form together with a photocopy of your NRIC to the following address:
National Organ Transplant Unit
c/o Singapore General Hospital
Singapore 169608
- If you do not receive an acknowledgement to your objection to organ removal within 3 weeks, please contact the Officer-in-Charge at the above address or call Tel. No. 63214390.

This form may take you 5 minutes to fill in

Please glue here

**HUMAN ORGAN TRANSPLANT ACT (CHAPTER 131A)
OBJECTION TO ORGAN REMOVAL UNDER SECTION 9(1)**
(Please complete all particulars in BLOCK LETTERS)

For Official Use Only									
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FULL NAME (as in NRIC): _____ **DATE OF BIRTH:** _____
NRIC NO.: _____ **SEX:** Male Female Chinese Malay Indian Others _____
(please specify)
CITIZENSHIP / RESIDENTIAL STATUS: S'pore Citizen S'pore Permanent Resident **TEL NO.:** _____
HOME ADDRESS: _____ **POSTAL CODE:** _____

I hereby object to the removal of the following organ(s) for transplantation upon my death (please tick "✓" one or more as applicable):

Saya tidak bersetuju membenarkan organ saya yang berikut didermakan untuk kegunaan pemindahan (transplantation) setelah saya meninggal dunia (tandakan "✓" yang perlu):

我反对逝世后, 把我的下列器官作为移植用途 (请在适当的地方打"✓"号):

என் இறப்புக்குப் பிறகு, பின்வரும் உறுப்புகள் மாற்று அறுவை சிகிச்சைக்காக அகற்றப்படுவதற்கு நான் மறுப்பு தெரிவிக்கிறேன் (அன்புகூர்ந்து பொருத்தமான கட்டடத்தில் அலது கட்டடங்களில் இந்தக் குறியை "✓" இடவும்):

Kidney
Ginjal
கீழை
சிறுநீரகங்கள்

Liver
Hati
கீழை
கல்லீரல்

Heart
Jantung
கீழை
இதயம்

Cornea
Kornea
கீழை
விழி வெண்படலம்

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

NAME OF WITNESS (as in NRIC): _____ **NRIC NO.:** _____

HOME ADDRESS: _____ **POSTAL CODE:** _____

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Please glue here

Please glue here