

Postage will be paid by addressee. For posting in Singapore only

BUSINESS REPLY SERVICE
PERMIT NO.01589



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

National Organ Transplant Unit

Please fold here

- Note:**
- This withdrawal of objection to organ removal only applies to -
(a) Singapore Citizen and Singapore Permanent Residents; and
(b) Persons aged 21 years and above; who have submitted their objections earlier to organ removal.
 - This form shall be invalid if it 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 withdrawal of objection to organ removal within 3 weeks, please contact the Officer-in-Charge at the above address or call Tel. No. 63214390

Please glue here

This form may take you 5 minutes to fill in

HUMAN ORGAN TRANSPLANT ACT (CHAPTER 131A)
WITHDRAWAL OF OBJECTION TO ORGAN REMOVAL UNDER SECTION 11 (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 **RACE:** Chinese Malay Indian Others _____
(please specify)

CITIZENSHIP / RESIDENTIAL STATUS: S'pore Citizen S'pore Permanent Resident **TEL NO.:** _____

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

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

Saya bersetuju menarik balik bantahan saya terhadap pendermaan organ-organ saya yang berikut, untuk kegunaan pemindahan (transplantation) setelah saya meninggal dunia (tandakan "✓" yang perlu):

我撤销反对逝世后,把我的下列器官作为移植用途(请在适合的地方打"✓"号):

என் இறப்புக்குப் பிறகு, பின்வரும் உறுப்புகள் மாற்று அறுவை சிகிச்சைக்காக அகற்றப்படுவதற்கு நான் தெரிவித்திருந்த மறுப்பை மீட்டுக்கொள்கிறேன் (அன்புகூர்ந்து பொருத்தமான கட்டத்தில் அல்லது கட்டங்களில் இந்தக் குறியை "✓" இடவும்):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kidney
Ginjal
肾脏
சிஹுநீரகங்கள் | <input type="checkbox"/> Liver
Hati
肝臟
கல்லீரல் | <input type="checkbox"/> Heart
Jantung
心脏
இதயம் | <input type="checkbox"/> Cornea
Kornea
眼角膜
வீழி வெண்படலம் |
|--|--|--|--|

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

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

ADDRESS: _____ **POSTAL CODE:** _____

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____