



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	BABY ZAIRA
FATHER NAME:	MD. IMTIYAZ AHMAD
AGE:	3 Years
SEX:	FEMALE
ADDRESS:	Kanpur , UP
DISEASE:	Tetralogy of Fallot(TOF)
TOTAL ESTIMATE COST:	Rs. 85,000/-
HOSPITAL / DOCTOR:	AIIMS / DR. S RAMAKRISHNAN



सर्वोपार्थक्यं सर्वोपकारकम्

**CARDIO - THORACIC CENTRE
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110029**

Date: 28.08.23

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Zaira
Age/ उम्र 34yr Sex / लिंग F CV No. / CTVS No. / सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या 26839/20/8
UHID No. / यूएचआईडी संख्या 103966823

Nature of Disease / रोग का नाम TAF

Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता Central Stunt + RA Plastics

Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट

Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क RS. 85,000 / Eighty five thousand only

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft / Electronic transfer drawn in

favour of CT "AIMS PATIENT'S ACCOUNT" (for CTVS Surgical Patients) / "AIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT" (for Cardiology Patients)

The said estimate will be valid for employees of CGHS/ESI/Govt. undertakings and their beneficiaries. This will also be applicable for seeking financial assistance from National Illness Fund, Prime Minister Relief Fund & from other sources.

उपयुक्त राशि को नीचे दिये गए संबंधित पत्र में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए ।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"
(सी.टी.वी.एस. सर्जरी मरीजों के लिए)

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"
(कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएचएस/ईएसआई/सरकार त्वायत संख्या और उनके लाभार्थियों तथा कर्मचारियों के लिए भी मान्य होगा । यह राष्ट्रीय आरोग्य निधि प्रधान मंत्री राहत कोष और अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता मांगने के लिये भी लागू होगा ।

For any query related to package charges / money deposition, please contact Accounts Section Room No. 105 (Basement, C. N. Centre)

पैकेज शुल्क / रुपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए, कृपया लेखा अनुभाग कमरा नं. 105 Senior Resident सी.टी.वी.एस. विभाग/Dept. of C.T.V.S. के कार्यालय केंद्र, अ.न.स.ए.न., पई ब्लॉक C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi

(Signature & Rubber Stamp of Consultant)



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	BABY ZAIRA
FATHER NAME:	MD. IMTIYAZ AHMAD
AGE:	8 TH MONTH
SEX:	FEMALE
ADDRESS:	Kanpur , UP
DISEASE:	HOLE IN HEART
TOTAL ESTIMATE COST:	Rs. 30,000/-
HOSPITAL / DOCTOR:	AIIMS / DR. S RAMAKRISHNAN

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र

ब० रो० वि०

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली - 110029

Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.

A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक

Date

10/3/2018

विभाग

Deptt.

Cardiology

नाम

Name

LAKRA

उम्र

Age

8 mo female

ब०रो०वि०स०

O.P.D. No.

पुत्र/पुत्री/पत्नी

S/D/W

लिंग

Sex

CO- 26839/18

निदान

Diagnosis

CTVSD

Accepted ↓ by v. Desai
for BT stent.

→ Donate 10 Blood

Rs 30,000 in AIIMS CT PT
ACCOUNT.

P Don

3/10/18

May

वरिष्ठ रेजिडेंट / SENIOR RESIDENT
पी.टी.सी.एस. विभाग / Department of C.T.V.S.
अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली / AIIMS, New Delhi-29



DEPARTMENT OF CARDIOLOGY
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
C.N. CENTRE, ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110029

Dated : 05/09/2018

ESTIMATE CERTIFICATE

Name of the Patient ZARA
Age 8 MD Sex female CV No/CTVS No. 26839/18
Nature of Disease _____
Nature of Surgery required B T Shunt
Amount required for Surgery 30,000/-

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft in favour of "AIIMS CT PATIENT'S ACCOUNT". The said estimate will be valid for employee of CGHS/ESI/ GOVT. Undertaking beneficiaries.

वरिष्ठ रेजीडेंट / SENIOR RESIDENT
सी.टी.वी.एस. विभाग / Department of C.T.V.S.
अ.भा.आ.सं. नई दिल्ली / A.I.I.M.S., New Delhi-29
(CONSULTANT/SENIOR RESIDENTS)



पंजाब नैशनल बैंक
punjab national bank

डी.डी.ए. मार्केट, मयूर विहार फेज - III, दिल्ली (4606)
DDA Market, Mayur Vihar, Phase - III, DELHI - 110096

केवल तीन माह के लिए वैध
VALID FOR THREE MONTHS ONLY

1	4	0	9	2	0	1	8
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

मांगे जाने पर ON DEMAND PAY AIIMS CT PATIENT'S ACCOUNT

या उनके आदेश पर OR ORDER

9
8
7
6
5
4
3
2
1

CENTRALISED
BANKING
SOLUTION

रुपये RUPEES ** Thirty Thousand only**

प्राप्त मूल्य के बदले अदा करें
FOR VALUE RECEIVED

₹

30,000.00

UPF 736036

शाखा क्रमांक Branch Serial No.

0631/2018

पंजाब नैशनल बैंक
punjab national bank

Purchaser: CANCER CARE TRUST

Draft is signed singly as it is for amount upto Rs. 50,000/-

(NOT OVER Rs.30000/-)

अदाकर्ता शाखा एवं वि०स० Drawee Branch with D.No.

D.No. 2107 - FINACLE -
CDPC DELHI FINACLE

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता जी.बी.पी.ए.सं.
AUTHORISED SIGNATORY WITH GBPA No.

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता जी.बी.पी.ए.सं.
AUTHORISED SIGNATORY WITH GBPA No.

⑈ 736036 ⑈ 000024000⑈

16

Cancer Care Trust