



**CANCER CARE TRUST**

Web.add : [www.cancercaretrust.org](http://www.cancercaretrust.org)

E.id : [contact@cancercaretrust.org](mailto:contact@cancercaretrust.org)

Contact No. : 011-65881004

## PATIENT APPLICATION FORM

### PATIENT'S DETAILS



NAME:	AADI
FATHER NAME:	DINESH GANDHI
DATE OF BIRTH / AGE:	3 Years
SEX:	Male
ADDRESS:	Rajeev Colony, Panipat, Haryana-132103
DISEASE:	Tetralogy of Fallot(T.O.F.)
HOSPITAL DEPARTMENT TREATMENT COST	AIIMS Cardiology Rs. 60,000/-

For CANCER CARE TRUST

*Gaurav*

Authorised Signatory  
Authorized Sign

*Rajesh*

Parent's Sign

8859

27/11/20



Cardiothoracic & Neurosci  
A.I.I.M.S., New De

दिनांक/Date

CV 2020/014/0009043

२०

Cardiology

विभाग  
Deptt.

UHID: 105169737

Paed. Cardiology

Date 14/09/2020

MON, FRI

2Y 3M 29D

Name AADI .

/M

बरोरोविस्

S/O SH DINESH GANDHI

Phone No. 9416120339

O.P.D. No.

Cor.sultant Room

Dr.SOURABH  
KUMAR GUPTA

SR Room

Diagnosis

~~10/1/20~~  
~~27/11/20~~

~~4/9/20~~

~~gnd  
blood  
urea  
s creat~~

4/10/20

CHD + PP? Pulm atresia physiology.

1) Tab Indical 10mg TID

2) Tonoflexon drops 0.5ml BD

Dr. M. Shankar  
SR / Paed cardiology



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

विभाग  
Deptt.

यू०एच०आई०डी० नं०  
UHID No.

CV 2020/014/0009043

UHID: 105169737

Date 01/10/2021

Name AADI .

S/O SH DINESH GANDHI

Phone No. 9416120338

Consultant Room 2

SR Room

Cardiology

CTVS (111428/2021)

MON, WED, FRI

3Y 4M 16D

/M

Dr. U K Chowdhury



Accepted for TOF + CPA plastics & ECG.

Cholesterol.

Kindly deposit: 60,000 in AIMS CT Patient Account

Deposit 40 blood

Blood grouping

Viral of ureter.



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

Date : 13/10/21

**ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र**

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती AADI  
 Age/उम्र 3 Year Sex/लिंग M CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या 111428/21  
 PHID No./यूएचआईडी संख्या. 105169737  
 Nature of Disease / रोग का नाम TOF

Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता TOF + LPA plasty  
 Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिए आवश्यक रक्त की यूनिट 40 blood  
 Package charges for Surgery/Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिए पैकेज शुल्क 60000/-

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft/Electronic transfer drawn in favour of "AIIMS CT PATIENT'S ACCOUNT" / "AIIMS ANGIOGRAPHY PATINET'S ACCOUNT".  
 (A/c No.10874584258, IFSC Code : SBIN0001536) (for CTVS Surgical Patients)  
 (A/c No.10874584269, IFSC Code : SBIN0001536) (for Cardiology Patients)

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

युक्त राशि को नीचे दिए गए सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(A/c No.10874584258, IFSC Code : SBIN0001536)

(A/c No.10874584269 / IFSC Code : SBIN0001536)

(सी.टी.वी.एस. सर्जरी मरीजों के लिए)

(कार्डियोलॉजी मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएचएस / ईएसआई / सरकार स्वायत्त संस्था 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 लिए 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 न. 105 (बेसमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें.

सिनिअर रेजिडेंट / Senior Resident  
 सी.टी.वी.एस. विभाग Deptt. of C.T.V.S.  
 हृदय रजितीका केंद्र, अ.पी.आय.सं., नई दिल्ली  
 C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi

(Signature & rubber Stamp of Consultant)





Dep No: 200140009043

File No :771/ANGIO/21-22

Depositor Name :CANCER CARE TRUST

### CASH RECEIPT

**ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES**  
C.N. Centre, Ansari Nagar, New Delhi-110029

Phones } 26593670  
26546617  
26593824

Receipt No.: ACCOUNTS-13/918/202122 [Original]CT  
Received From: PATIENT ACCOUNT  
OPD/ MRD No: MASTER, AADI, Age :3 Yrs 5 Mons 28 Days  
ON ACCOUNT OF 105169737 ( OPD )

13/11/2021 Dated :  
Patient Type : General  
Room No. :



Sl No.	Service Name	Quantity	Rate	Net Amount
1	OTHER - TOF	1	60000.00	60000.00

Printed on 13 Nov 2021 10:57:49 AM



सर्वं खलु धर्मसाधनम्

Payment Mode :

INR (Rs.) :

Rs. in Words

Demo No :33

unjab National Bank, D

021

60000

Rupes thousand

Please share your

to im

ospital on the Web

MR. PRIYA RANJAN

neraaspataal.nhp.gov.in



मैट्रो हस्पताल, सेक्टर - 12, नोएडा (उ.प्र.) (4660)  
Metro Hospital, Sector - 12, NOIDA (U.P.) - 201301

केवल तीन माह के लिए वैध  
VALID FOR THREE MONTHS ONLY

0	9	1	1	2	0	2	1
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

मांगे जाने पर ON DEMAND PAY AIMS CT PATIENT'S A/C

या उनके आदेश पर OR ORDER

रुपये RUPEES \*\* Sixty Thousand only\*\*

प्राप्त मूल्य के बबले अदा करें  
FOR VALUE RECEIVED ₹ \*\*60,000.00\*\*

XAA 333995

शाखा क्रमंक Branch Serial No.  
0271/2021

Purchaser: CANCER CARE TRUST



अदाकर्ता शाखा एवं बिलनं Drawee Branch with D.No.

(NOT OVER Rs. 60000/-)

D.No. 2107 - FINACLE  
CDPC DELHI FINACLE

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता जी.पी.एस.  
AUTHORISED SIGNATORY WITH CBPA No.

*Bikash Kumar*  
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता जी.पी.एस.  
AUTHORISED SIGNATORY WITH CBPA No.

⑈ 333995⑈ 0000 24000⑈

16

9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

Cancer Care Trust