



PATIENT APPLICATION FORM

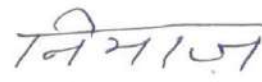
PATIENT'S DETAILS



NAME:	Shoib Subhani
FATHER NAME:	Md Neyaz Ahmad
DATE OF BIRTH / AGE:	1 Year
SEX:	Male
ADDRESS:	Malviya Nagar, Delhi-110017
DISEASE:	Tetralogy of Fallot (TOF)/Hole in Heart
HOSPITAL DEPARTMENT SURGERY TREATMENT COST	AIIMS Cardiology Intracardiac Repair (ICR) Rs. 65,000/-

For CANCER CARE TRUST


Authorized Signatory
Authorized Sign


Parent's Sign

**Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
A.I.I.M.S., New Delhi-110029**

दिनांक/Date

CV 2022/014/0008511

२०

Cardiology

विभाग

UHID: 105948481

CTVS

Deptt.

Date 10/05/2023 MON, WED, FRI

(11P076/2023)

Name MD SHOIB SUBHANI

1Y 17D /M

S/O MD. NEYAZ AHMAD

यू०एच०आई०डी० नं०

UHID No.

Consultant Room 2

Dr. Pradeep R CTVS

SR Room



2
1st/2
5.2023

To come on Friday. for * file kept for
review

Dr. Balakrishna
SR CTVS

Accepted for ICR (Dr. Pradeep)

Deposit Rs 65,000/- @
AIIMS CT PATIENT ACCOUNT

Deposit 40 blood @
viral marker, CAIC blood
butle

PPDA - 11.1.2024
CAIC LFT RFT
TFT



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

Date: 24/11/23

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती md-Shoib Subhani
Age/ उम्र 1 Year Sex/ लिंग M CV No. / CTVS No. / सीटी संख्या/सीटीवीएस संख्या Cr-8511/22
UHID No. / यूएचआईडी संख्या 105948481
Nature of Disease / रोग का नाम Tef

Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता ICR
Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट 4 @ blood
Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क 65000/-

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

favour of ^{CT} "AIIMS PATIENT'S ACCOUNT"
(for CTVS Surgical Patients)

"AIIMS 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 सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए ।

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

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

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

वरिष्ठ रेजिडेंट / Senior Resident
सी.टी.वी.एस. विभाग / Dept. of C.T.V.S.
हृदय तंत्रिका केंद्र, अ.स.आ.स., नई दिल्ली
C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi
(Signature & Rubber Stamp of Consultant)



A/C PAYEE ONLY

Drawee Branch
(07) CONNAUGHT PLACE, NEW DELHI
583770

VALID FOR THREE MONTHS ONLY

DATE 06012024
D D M M Y Y Y Y

DD No.

24

ON DEMAND PAY

583770

OR ORDER

RUPEES

****AIIMS CT PATIENT'S ACCOUNT*****

SIXTY FIVE THOUSAND Only

₹

*****FOR VALUE RECEIVED

Purchaser Name: CANCER CARE TRUST
QL/6/5 Not Above 65,000.00

Deepa
583770

Suvar
469575

Issuing Branch
0031DDCENPAY
ICICI BANK LIMITED

Authorised Signatory

Authorised Signatory

Please sign above

⑈ 583770 ⑈ 000229000⑈ 000031 ⑈ 16