



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	Deevansh
FATHER NAME:	Surya Kant Dubey
DATE OF BIRTH / AGE:	8 Years
SEX:	Male
ADDRESS:	Khanpur , South Delhi, Delhi-110062
DISEASE:	PDA D/C (Patent Ductus Arteriosus)
HOSPITAL DEPARTMENT SURGERY TREATMENT COST	AIIMS Cardiology PDA D/C (Patent Ductus Arteriosus) Rs. 40,000/-

For CANCER CARE TRUST


Authorized Signatory
Authorized Sign


Parent's Sign

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
 ब० रो० वि०
 अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली
Cardiothoracic & Neurosciences
A.I.I.M.S., New Delhi-1

S140320226 105146573
 DEE HM-140320167 105146573
 DEEVANSH_DEEVANSH

दिनांक/Date

विभाग
 Deptt.

ब०रो०वि०सं०
 O.P.D. No.

CV 2020/014/0008010
 UHID: 105146573
 Date 13/03/2020
 Name DEEVANSH

Cardiolog
 Paed. Cardi

3Y 8M 1D
 /M

S/O SURYA KANT DUBEY

Consultant Room 21
 SR Room 21

General
 Dr. ANITA SAXENA
 DR. MRIGANK

Diagnosis

9/24/17
 14/3/20

Mod PDA c BAU (mild AS)

PDA mod

SAM to ar
 No AS

Ac.

T. / Yapix (40)
 T. / H/H

Review with me

✓

JS



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

Date : 22/3/24

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Deevansh

Age/उम्र 2 yrs Sex/लिंग MALE CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या _____

UHID No./यूएचआईडी संख्या. 105146573

Nature of Disease / रोग का नाम PDA D/C

Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता PDA D/C

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

Package charges for Surgery/Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिए पैकेज शुल्क RS 40,000 / Forty thousand only

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".

(for CTVS Surgical Patients)

(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.

उपर्युक्त 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"

(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.

(Signature & rubber Stamp of Consultant)

A/c Payee



kotak
Kotak Mahindra Bank

576766

NOIDA - SECTOR 16

Valid for three months from date of issue

दिनांक	6	0	5	2	0	2	4		
Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	

UNITY FORMS PVT. LTD./CTS - 2010

On demand pay AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT

को या उनके आदेश पर Or Order

रुपये 40 Only Thousand only

अदा करें।

₹	40,000.00
---	-----------

Payable At *** Not Over INR. 40,000.00 ***

For Value Received
for Kotak Mahindra Bank Ltd.

New-Delhi
{ 0176 }

Purchaser:
CANCER CARE TRUST

[Handwritten Signature]
[Handwritten Signature]
 21/05/11

Please sign above this line

(Drawee Branch)

|| 576766 || 000485000 ||

16