



PATIENT APPLICATION FORM

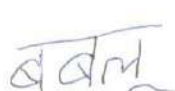
PATIENT'S DETAILS



NAME:	VIVEK KUMAR
FATHER NAME:	BABLU KUMAR THAKUR
DATE OF BIRTH / AGE:	1 YEAR
SEX:	MALE
ADDRESS:	BENIPATTI, MADHUBANI, BIHAR-847223
DISEASE:	Tetralogy of Fallot (TOF)
HOSPITAL DEPARTMENT SURGERY TREATMENT COST	AIIMS CARDIOLOGY ICR Rs. 60,000/-

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

दिनांक/Date	108047505	C7V5	12 8226
विभाग Deptt.	Cardio	नाम Name	Vivek Kumar
		उम्र Age	1
यू०एच०आई०डी०सं० UHID No.		पुत्र/पुत्री/पत्नी S/D/W	
		लिंग Sex	M
		निदान Diagnosis	

R-4 (58)
26/3/25

Accepted for High Risk ICR under Dr. Bhatia v/
Dr. V. Dargatzis

- Deposit 60,000/- in A.I.I.M.S. CT PT Account,
- Donets 40 blood.
- CBC, RPT, CAT, INR, viral markers
- selective
PT, explained about long waiting list for surgery

[Signature]



CARDIO - THORACIC & VASCULAR SCIENCES
THE ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI - 110029

Date: 17/4/25

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

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

Age / उम्र 4 years Sex / लिंग male CV No./CTVS No. / सीटी संख्या/सीटीवीएस संख्या

UHID No. / युएचआईडी संख्या 108047505

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 40

Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क Rs. 60000 (Sixty thousand)

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

favour of "AIIMS CT PATIENT'S A/C"

"AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT"

(for CTVS 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.

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"

"एम्स एंजिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(सी.टी.वी.एस सर्जरी के लिए)

(कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएस/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 लिए भी लागू होगा।

For any query related to package charges / money deposition, please contact Account 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 (बेसमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें।

(Signature & Rubber Stamp of Consultant)



A/C PAYEE ONLY

ICICI Bank

Drawee Branch

107) CONNAUGHT PLACE, NEW DELHI

521772

DD No.

VALID FOR THREE MONTHS ONLY

DATE

07 05 2025

D D M M Y Y Y Y

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

ON DEMAND PAY

OR ORDER

SIXTY THOUSAND Only

RUPEES

* ₹ *****60,000.00

Purchaser Name: CANCER CARE TRUST

OL/6/5 Not Above 60,000.00

FOR VALUE RECEIVED

1070DDCENPAY

NOIDA (SEC . 1)

Issuing Branch

Authorised Signatory

Authorised Signatory

Please sign above

⑈ 521772 ⑈ 000229000⑈ 001070 ⑈ 16