



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS

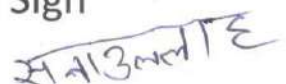


NAME:	FATIMA KHATOON
FATHER NAME:	MD. SANAULLAH
DATE OF BIRTH / AGE:	2 YEARS
SEX:	FEMALE
ADDRESS:	Mirzapur, Distt- Sitamarhi, Bihar- 843302
DISEASE:	Ventricular Septal Defect (VSD)/ Hole in the Heart
HOSPITAL DEPARTMENT SURGERY TREATMENT COST	AIIMS CARDIOLOGY VSD closure RS. 60,000/-

For CANCER CARE TRUST


Authorized Signatory
Authorized Sign

Parent's Sign



1484888
8-8-21

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.

यू०एच०आई०डी०सं०
UHID No.

CV 2025/014/0023483

UHID: 108516489

Date 06/08/2025

Name FATIMA KHATOON

Dr/D MD SANJULIAH

Consultant Room 21

SR Room 14



₹0

Cardiology
Paed. Cardiology

2Y / F

General

Dr. S
RAMAKRISHNAN

DR VEENA

Prv. Reg. No.

10
5/2/2 - 97%

ACID @ PP

- sup furof (10mg/day) oral BP

4/5/2

दिनांक
Date

CTR ↑ CTR
↑ Q.P.

To come on 03-11-2025
4pm 28B'

₹6000/-

4A
B/8/25

Cancer Care Trust



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

Date: 29/10/25

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms. / रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Fatima Khatoon
 Age / उम्र 24 Sex / लिंग Female CV No./CTVS No. / सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या
 No. / युएचआईडी संख्या 10 8516489
 Name of Disease / रोग का नाम Cath
 Name of Surgery / Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता Cath
 Amount of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट
 Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क ₹- 6000/-
 The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft / Electronic transfer drawn in

for "AIIMS CT PATIENT'S A/C"
(for CTVS 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. It will also be applicable for seeking financial assistance from National illness Fund, Prime Minister's Relief Fund & from other sources.

उक्त राशि को नीचे दिये गए सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट/इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा कराया जाए चाहिए।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(सी.टी.वी.एस सर्जरी के लिए)

(कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

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

For any query related to package charges / money deposition, please contact Account Section 05 (Basement, C.N. Centre)

शुल्क/रूपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए, कृपया लेखा अनुभाग कमरा न.105 (सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें।



डॉ. लमक कदियानी / Dr. LAMK KADIYANI
सहायक आचार्य / Assistant Professor
इस विज्ञान विभाग / Deptt. of Cardiology

29/10/25



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

Date: 29/10/2025

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms. / रोगी का नाम श्रीमान / श्रीमती Falima Khan
 Age / उम्र 2yr Sex / लिंग f CV No./CTVS No. / सीवी संख्या / सीटीवीएस संख्या _____
 UHID No. / युएचआईडी संख्या 108516489
 Nature of Disease / रोग का नाम VSD Closure
 Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी / प्रक्रिया की आवश्यकता VSD Closure
 Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट 4 @ Blood (Circ. Blood Bank)
 Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी / प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क Rs. 60,000/- 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's Relief Fund & from other sources.

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

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(सी.टी.वी.एस सर्जरी के लिए)

(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 लिए भी लागू होगा।

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

पैकेज शुल्क / रूपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए, कृपया लेखा अनुभाग कमरा न.105 (बेसमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें।

Senior Resident
Dept. of Cardiology
C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi

(Signature & Rubber Stamp of Consultant)



पंजाब नैशनल बैंक
punjab national bank

सेक्टर - 1, नोएडा (उ.प्र.) (4127)
Sector - 1, NOIDA (U.P.) - 201301

2 8 1

VALID FOR THREE MONTHS ONLY

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		

AIIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT

मांगे जाने पर ON DEMAND PAY

*** Six thousand only**

या उनके आदेश पर OR ORDER

रुपये RUPEES

प्राप्त मूल्य के बदले अदा करें
FOR VALUE RECEIVED

₹ ***6,000.00**

URJ 783954

शाखा क्रमांक Branch Serial No.
018672025

Purchaser: CANCER CARE TRUST

Draft is signed singly as it is for amount upto Rs. 50,000/-
(NOT OVER Rs. 5000/-)

पंजाब नैशनल बैंक
punjab national bank

अदाकर्ता शाखा एवं वि० सं० 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.

9
8
7
6
5
4
3
2
1

⑈ 783954 ⑈ 0000 24000 ⑈

16

NUTECH SECURITY PRINTERS CTS 2010

COMPOSITE & COMMERCIAL PAPER



A/C PAYEE ONLY
ICICI Bank

(07) CONNAUGHT PLACE NEW DELHI
Drawee Branch 522143

VALID FOR THREE MONTHS ONLY
DATE

1	7	0	2	5		
D	D	M	M	Y	Y	Y

DD No. ***AIIMS CT PATIENT S ACCOUNT*****

ON DEMAND PAY SIXTY THOUSAND Only OR ORDER

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

Amal
90050374
Authorized Signatory

Amal
90050374
Authorized Signatory
Please sign above

⑈ 522143 ⑈ 000229000⑈ 001070 ⑈ 16

UTILITY FORMS PVT. LTD./CTS-2010/05/2025

UTILITY FORMS PVT. Ltd. Ph: Delhi-46757575, Mumbai-28520972, Chennai-43542737, Kolkata-32819605