



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

Date: 2/11/22

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Prince
Age/उम्र 5x Sex/लिंग Male CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या 112854/2022
UHID No./यूएचआईडी संख्या. 105784062
Nature of Disease / रोग का नाम for sten
Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता for Sten
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 46,000

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 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"
(A/c No.10874584258, IFSC Code : SBIN0001536)
(सी.टी.वी.एस. सर्जरी मरीजों के लिए)

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"
(A/c No.10874584269, IFSC Code : SBIN0001536)
(कार्डियोलॉजी मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएस / 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.

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

DEPTT. OF CARDIOVASCULAR RADIOLOGY & ENDOVASCULAR INTERVENTIONS
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI

Date: 10/3/22

ESTIMATE CERTIFICATE

Name of the Patient Prince gupta

Age 5yr Sex _____ CV No./CTVS NO. 105754062

Nature of Disease TA-PA, PDA+, APC

Nature of investigation required APC embolisation,

Amount required 15,000/-

The above mentioned amount must be deposited as draft in name of "AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT ACCOUNT" before the procedure in room 28B

Appratan Mubhaje

Senior Resident

वरिष्ठ रेजीडेन्ट/SENIOR RESIDENT
इन्द्र बाह्यिक विकिरण विज्ञान एवं
अंतःबाह्यिक इंटरवेंशंस विभाग
Deptt. of Cardiovascular Radiology and
Endovascular Interventions
अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली/A.I.I.M.S., New Delhi-110029