

ਮੈਂ ਨੂੰ

ਸ਼੍ਰੀ ਮਾਮ ਮੁਖਿਅਕ/ ਮਿ. 2222/ ਸੀ

ਸਿੰਗਲ ਏਫ

205/31 ਸੀਰ ਨੰਬਰ ਦੀ ਨੋਟ ਦਿੱਤੀ

ਮਿ. ਮੁਖਿਅਕ

ਅਪਣੇ ਨੂੰ ਵਾਰੀ ਪਾਸੀ ਕੀਤੇ ਹਨ ਸਿੰਗਲ  
ਨੋ. 31 30 ਵਾਰੀ ਪਾਸੀ ਨਾਲ ਮਿ. ਮੁਖਿਅਕ-ਅਪਣੇ  
ਅਪਣੇ ਕਰਕੇ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਅਪਣੇ ਨੂੰ 1000  
ਦੀ ਕੋਈ ਨੋਟ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਕ੍ਰਿ. Accounts ਦਿੱਤੀ ਨੂੰ  
ਦੁ-ਮੁਖੀ ਵੇਰੀਏ। ਅਪਣੀ ਮਦਦ ਨੂੰ ਕਰਕੇ ਕਰਕੇ  
ਕੋਈ ਸੀ ਵੇਰੀਏ ਕਰ ਲਿਆਈ।

ਦੁ-ਮੁਖੀ

ਸ਼੍ਰੀ ਮਾਮ

ਦਿਨਾ ਨ  
31/10/16

ਮੈਂ  
ਮੈਂ  
ਮੈਂ

ਮੈਂ ਮੈਂ

ਮੈਂ ਮੈਂ ਮੈਂ ਮੈਂ ਮੈਂ



9

परम / Form-8

चुस्मान सं / Tal. No. : 23983728

लेडी हार्डिंग मेडिकल कालेज एवं श्रीमती सुचेता कृपलानी अस्पताल, नई दिल्ली  
LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & SMT. SUCHETA KRIPLANI HOSPITAL  
NEW DELHI

विभाग  
Department \_\_\_\_\_

ब. रो. नि. कार्ड  
O.P.D. CARD

ब. रो. नि. पंजीकृत सं.  
O.P.D. Regn. No. 23057

नाम Name <u>आदरी</u>	पिता/पुत्र/पत्नी/पति/पुत्री F/S/W/H/D of _____	लिंग Sex <u>M</u>	आयु Age <u>17</u>	पता/Address _____
-------------------------	---	----------------------	----------------------	-------------------

निदान  
Diagnosis \_\_\_\_\_

दिनांक  
Date

उपचार / Treatment

29/9/16  
LE → most vascular  
Zone I stage I  
6 clock hour temporarily  
Plus discolor  
RP  
Zone I, 6 clock hr  
Zone II - 3 clock hr  
Zone III - 3 clock hr  
mild Plus  
A boy 60 x 2  
Zobany → 2m  
OPD

cliff at 2 Profac - P  
800000  
RC  
Zone II Postm  
stage II  
(L → R)  
Flu on Thursday  
Laser

Kindly bring this card on your follow up visits and DO NOT FOLD  
NO SMOKING / NO SPITTING

Plan

1 eye ducentia / 1 eye laser

7838208643

(RB)

(W)

→ injection ducentia (Parabenzonol) 0.25mg in 0.25 ml  
intravitreal injection.

P/o. To, the social worker (Mr. A.N. Singh) Kalawati.  
Kindly help in procuring this  
injection for this patient.

*[Signature]*  
29/9/16

*[Signature]* 29/9/16.  
Dr. Sarita Beri  
Director Professor  
Deptt. of Ophthalmology  
LHMC & Smt. S.K. Hospital,  
New Delhi-110001

forwarded to  
Mission Help for needfull.

*[Signature]*  
29/9/16  
A.N. SINGH  
Medical Social Worker  
Kalawati Sarani Hospital  
New Delhi

~~XXXXXXXXXX~~  
~~XXXXXXXXXX~~

**RETAIL INVOICE**

**MEDILINK**

A 215, GROUND FLOOR,  
LAIPAT NAGAR 1ST,  
NEW DELHI-24

Phone : 41078436,9873566588,9999359301  
Website: www.medilink.in ,E-Mail : medilink2010@gmail.com  
DL No : SI0605\11\WNR S T No : 07460302762

Invoice No. : 008606

Date : 03-10-2016

M/s DR.SARITA BERI  
KALAWATI HOSPITAL N DELHI  
PATIENT NAME ADARSH

D.L No :

S. No.	Qty.	Pack	Item Description	Batch	Exp. Date	MRP on Pack	Trade Price	Trade Amount	Net Total
1	1	- 1	ACCENTRIX	S0091A	12/17	21880.00	17504.00	17504.00	18379.20

यह दवा डॉ. सारिता बेरी  
के लिए है।  
डॉ. सारिता बेरी  
के लिए है।  
2/10/16

*Handwritten signature*

**A. N. SINGH**  
Medical Social Worker  
Kalawati Saran Children's Hospital  
New Delhi-1

CLASS	SUB TOTAL	SCHEME	DISC.	LEVIES	TOTAL	VAT	TOTAL	17504.00
VAT 5.00%	17504.00	0.00	0.00	0.00	17504.00	875.20	VAT PAYABLE	875.20
VAT12.50%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	CR/DR NOTE	0.00
OTHERS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	NET TOTAL	18379.20
<b>TOTAL</b>	<b>17504.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>17504.00</b>	<b>875.20</b>	<b>PARTY TOTAL</b>	<b>18379.00</b>

Rs. Eighteen Thousand Three Hundred Seventy Nine Only

Excise Amt.	0.00	Sales Man:	Prep.By:PUNIT	TPT.:	Print Time : 11:12:48
S.C. :	0.00	Rout:	Total Item : 1	Cases :	0 Cash Amt. 0.00

**Terms & Conditions**

Goods once sold will not be taken back or exchanged.  
Bills not paid due date will attract 24% interest.  
All disputes subject to DELHI Jurisdiction only.  
Prescribed Sales Tax declaration will be given.

For MEDILINK

*Handwritten signature*

Authorised signatory