



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000139

Date: 11/3/2018

اسم المريض: Makamal Alshelhi

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/4/1967 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Emrofi Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 97150622525774

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: DEEP LIXIES AT CLAWBET,
FURCATED AND CRYS FEET

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بعلاج الأمل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في القمص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

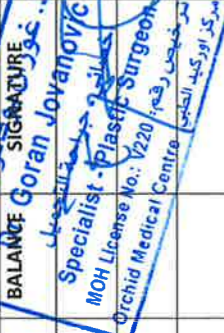


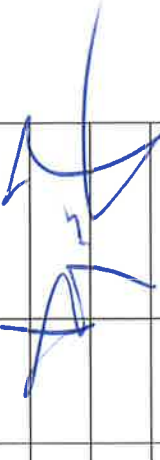

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PRICE	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
11.03.2018	40 UNITS OF BUTEX IN GLABELAR REGION, FOREHEAD AND CHEEKS FEDT.	900 AED	900 AED		 Dr. Goran Jovanovic Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: V220 Orchid Medical Centre
01.04.2018	RETOUCHA 20 UNITS OF BUTEX				 Dr. Goran Jovanovic Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: V220 Orchid Medical Centre
24.06.2018	40 UNITS OF BUTEX IN SCAPULAR, FOREHEAD AND CHEEKS, FEDT.		950 (50%) 400		
04.08.2018	TRIAMINOLONE M FOR WRITR MID FACE (6 ml + 8 ml)		1600		
19.09.2019	3 ml OF PREP FOR FACE WRITR		1600		



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000800)

Date: 24-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000139 - Mohamed Alshehhi - 971506225774

The sum of Dhs. Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

497.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000859)

Date: 07-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000139 - Mohamed Alshehhi - 971506225774

The sum of Dhs. Four Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 497.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 2031

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae


www.omc1.ae

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: MOHAMED AL SHEHHI

FILE #: 1000139
FILE DATE: 8/3/18

NAME OF PACKAGE: LASER CARBON PEEL X 3

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 8/3/18	CARBON PEEL	Faria
2	DATE: 14/6/18	CARBON PEEL	Faria
3	DATE:		
4	DATE:		
5	DATE:		
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 3
TREATMENT START DATE: 8/3/18
TREATMENT END DATE:

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: MOHAMED AL SHEHAI

FILE #: 1000139

FILE DATE: 15/1/2018

NAME OF PACKAGE: LASER HAIR REMOVAL BEARD LINES + NECK

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 15/1/2018	LHR BEARD LINES + NECK	Jania
2	DATE: 15/2/2018	LHR BEARD LINES + NECK	Jania
3	DATE: 20/3/18	LHR BEARD LINES + NECK	Jania
4	DATE: 29/4/18	LHR BEARD LINES + NECK	Jania
5	DATE: 31/5/18	LHR BEARD LINES + NECK	Jania
6	DATE: 7/7/18	LHR BEARD LINES + NECK	Jania
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 15/1/2018

TREATMENT END DATE:

12-3
7
1/12/18
400
5

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: MOHAMED AL SHEHHI

FILE #: 1600139

FILE DATE: 13/1/2018

NAME OF PACKAGE: ENDYMED PERIORBITAL X 6

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 13/1/2018	ENDYMED PERIORBITAL	/ Hania
2	DATE: 20/1/2018	ENDYMED PERIORBITAL	/ Hania
3	DATE: 27/1/2018	ENDYMED PERIORBITAL	/ Hania
4	DATE: 3/2/2018	ENDYMED PERIORBITAL	/ Hania
5	DATE: 15/2/2018	ENDYMED PERIORBITAL	/ Hania
6	DATE: 4/3/2018	ENDYMED PERIORBITAL	/ Hania
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		4/3/2018
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 13/1/2018

TREATMENT END DATE: 4/3/2018

File No#: 1000139 Date: 1/10/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Mohamed Al Shabhi
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/4/1967 Gender (الجنس): (M) F
Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 050622574
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?
SMS

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التفurchات في منطقة العلاج ؟ نعم ___ لا ___

4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الأيسوترتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___

. الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتنام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت, تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط, تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, ألم,كدمات, التهاب,ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيناوي مغلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

التوقيع:



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO⁺

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

Public Data Verification report

File

Valid Signature?

Non-Modifiable Data (SF3)

False

Modifiable Data (SF5)

False

Holder Signature Image (SF7)

False

Photography

False

Home Address

False

Work Address

False

Card Holder Information

Name	Mohamed,Ahmed,Ali,Mohamed,Alstehhi	IDN:	784196748253083	Mother Name:	Shayakah Al Mar Ahmad
Name (Ar)	محمد أحمد علي محمد الشهي	Card Number:	080030063	Mother Name (Ar):	شبكة المر أحمد
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	304003323
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	18/09/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	18/09/2026	Date of Birth:	07/04/1967	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/10/2018

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10/1/18	CARBON PEEL DONE FR 150, Q 300, PTP 250	180	Ø	
	BEAUTIFUL CREAM + PHOTOPERAM MAX SO POST PROCEDURE			
13/1/18	ENDYMED I FINE PERIORBITAL 3 WATS			
	# Package for 6 sessions 6000			
15/1/18	1HR BEARD WINE + NECK SKIN TYPE V 10 J/cm ² , BURST X 2 PASSES	996	Ø	
20/1/18	ENDYMED I FINE PERIORBITAL 3 WATS			
27/1/18	ENDYMED I FINE PERIORBITAL			
3/2/18	ENDYMED PERIORBITAL I FINE			
15/2/18	1HR BEARD WINE + NECK 12 J/cm ² , BURST X 2 PASSES			
	ENDYMED PERIORBITAL I FINE			
4/3/18	ENDYMED PERIORBITAL I FINE LAST SESSION			
8/3/18	CARBON PEEL DONE			
20/3/18	1HR BEARD WINE + NECK 14 J/cm ² , BURST X 2 PASSES			
29/4/18	1HR BEARD WINE + NECK 10 J/cm ² , BURST X 2 PASSES	Ø		
14/6/18	CARBON PEEL DONE FR 200, Q 400, PTP 500	Ø		
7/7/18	1HR BEARD WINE + NECK	Ø		

د. غوران يوفانوفيتش

Dr. Goran Jovanovic

أخصائي جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon

MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre

د. غوران يوفانوفيتش

Dr. Goran Jovanovic

أخصائي جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon

MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre

إقرار طبي لجهاز الإنديمد

أقر بأنني قد حصلت على المعلومات الكاملة المتعلقة باستخدام جهاز إنديمد برو الذي يستخدم طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد.

استخدام طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد ينتج حرارة عميقة في الجلد في منطقة العلاج. لا يجب ان يسبب العلاج أي ألم و عادة ليس لديه أي أعراض جانبية.

استخدام هذا الجهاز قد يسبب انتفاخا مؤقتا و احمرارا في الجلد, وفي حالات نادرة قد ينتج حرق في منطقة العلاج, وفي هذه الحالة الطبيب المعالج سوف يعالج هذه المنطقة حالا وسوف يتلقى المريض الإرشادات حول العلاج المطلوب.

العلاجات البديلة لشد الجلد تتضمن الليزر او التكنولوجيا الضوئية. العلاجات التي تعتمد على الليزر تعتبر الأكثر الما وقد تسبب حروقات, بينما التي تعتمد على الضوء أقل فعالية من غيرها.

(أ) أقر بأنني اطلعت على البيانات أعلاه وأنهم توابعها وأنني قد وقعت هذا الإقرار بكامل إرادتي, وأنني قد حصلت على نسخة منه موقعة ومترخة.

(ب) أوافق على أخذ صورة للعلاج للتقييم الطبي.

الإسم: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____

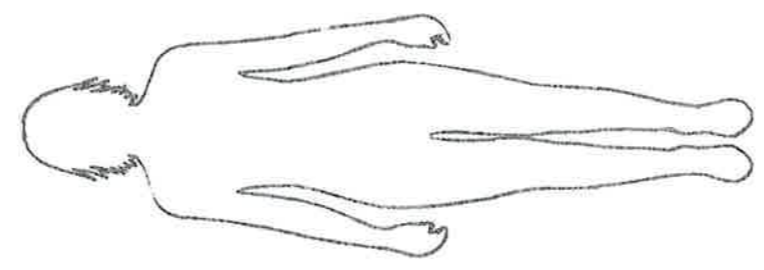
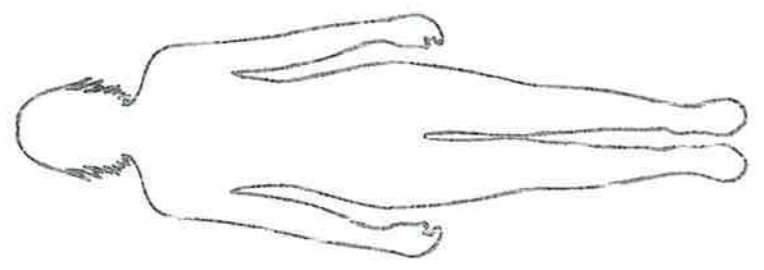
Circle areas to be treated:

29/4/18

MOHAMMED AL SEHHI Other

START TIME: 12:25 PM

END TIME: 12:50 PM



Circle areas to be treated:

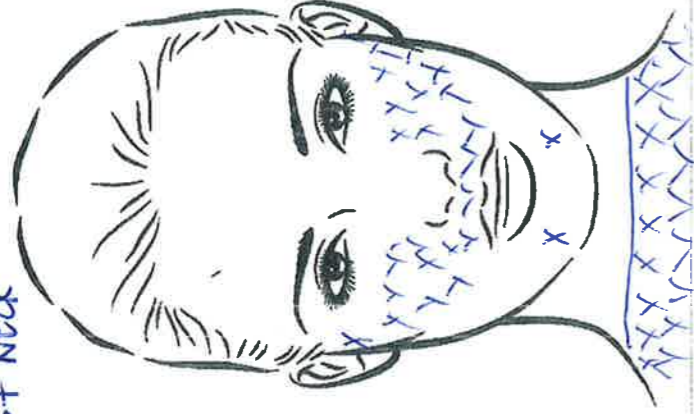
Other _____

START: 11:00 AM
END: 11:30 AM

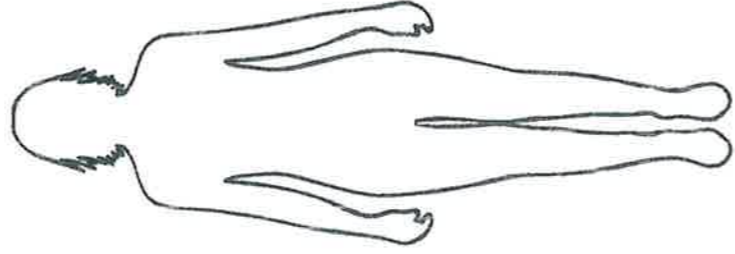
LATE ~~START~~ DEARO VINEST NECK

10 J/cm², BURST x 3 PASSES

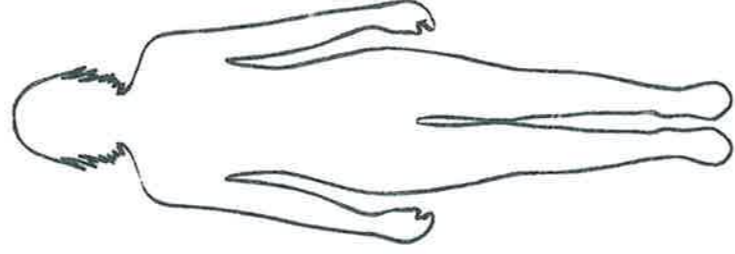
31 MAY 2018



Front



Back

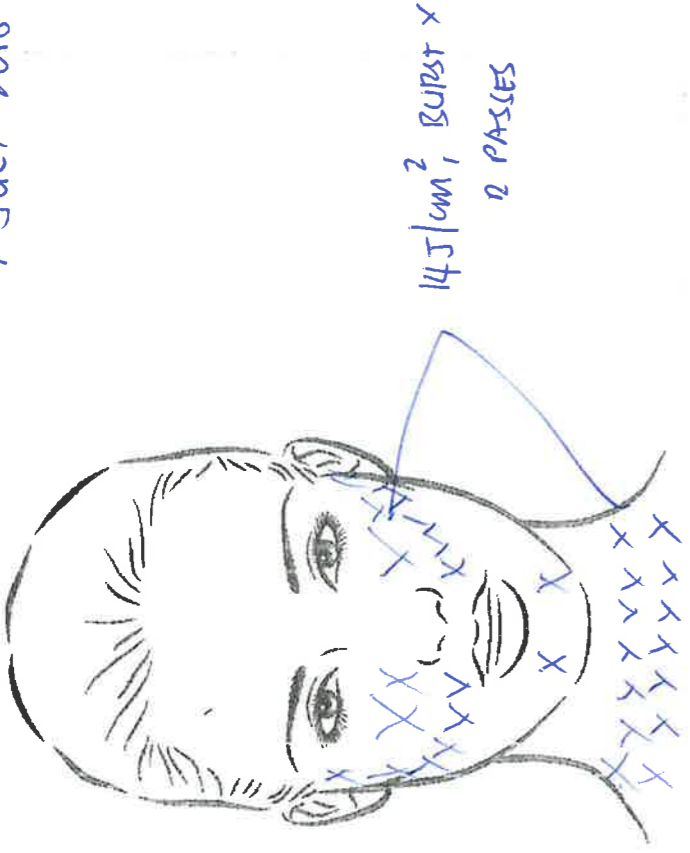


Circle areas to be treated:

Other _____

7 JULY 2018

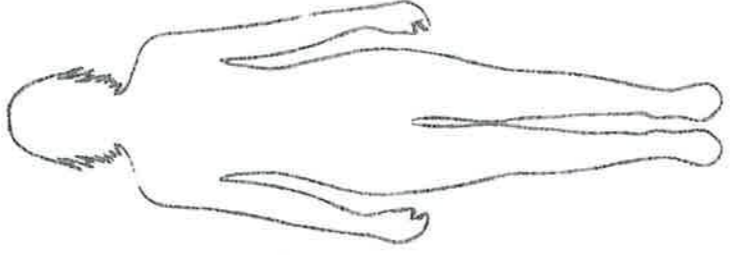
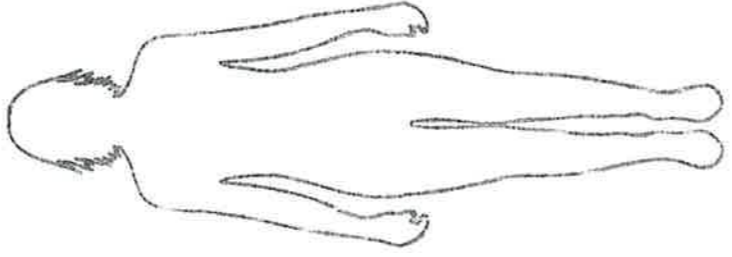
140 BEAMO VINES +
NEUC



14J/cm², BURST x
2 PASSES

Front

Back



File No#: local39 Date: 15/2/2018
 Patient Name: Mohammed Alshihhi اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/4/1967 Gender (الجنس): M F
 Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): -
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 971 50 622 5774
 Contact Person in Case of Emergency: -

How Did You Know About Us? SMS

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم/لا	نظم للمكوث
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم/لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم/لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		Yes/No نعم/لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم/لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم/لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)		Yes/No نعم/لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم/لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم/لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم/لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم/لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم/لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions: فيروسات أخرى؟ HSV, HIV...etc		Yes/No نعم/لا	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Bleeding gums

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____
Hospitalization: _____ Pregnancy: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: Bleeding on probing

Diagnosis: Gingivitis

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,680.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000986)

Date:01-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000139 - Mohamed Alshehhi - 971506225774

The sum of Dhhs. One Thousand Six Hundred Eighty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,680.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-08-2018

Being

Made by **Ghada**

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,680.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001285)

Date:19-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000139 - Mohamed Alshehhi - 971506225774

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Eighty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,680.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-09-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae