

File No#: 1000315 Date: 19/03/18
اسم المريض: _____
Patient Name: RAWDA MOHAMED ALKETAB
Gender (الجنس): M / (F)
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 07/10/1998
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): UAE
Marital Status (الحالة الاجتماعية): MARRIED
Phone No. (رقم الهاتف): 01071167679

E. MAIL: _____

How Did You Know About Us?
SNAPSHOT

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة
- 2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلاّ البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم ___ لا ___
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
نعم ___ لا ___

- 6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية ؟ ___ نعم ___ لا .
7- متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ ___ نعم ___ لا , ومتى كان آخر استخدام لها ؟ _____ .
9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ ___ نعم ___ لا .
10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ ___ نعم ___ لا .
11- ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

- 12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ ___ نعم ___ لا .

للنساء:

- 13- هل انت حامل؟ ___ نعم ___ لا .

- 14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ ___ نعم ___ لا .

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 نذكر 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 أتفهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 أنني 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: 2018 - 3 - 19

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Rawda,Mohamed,Obaid,Binkhanfar,Alketbi	IDN:	784199861802637	Mother Name:	Huda
Name (Ar)	روضه محمد عبيد بن خلف الكتبي	Card Number:	086371623	Mother Name (Ar):	هادي
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	306000184
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	20/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	20/11/2022	Date of Birth:	07/10/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

3/19/2018



***يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions**

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عدية الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sheriah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients' commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

- I consent that I got the following precautions:
 -It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
 - Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
 - Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
 - Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
 - people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
 I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect
 side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
 I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date / /

أقر أنا بقومي الى مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.
 و اتفهم ان اشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الاصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على اثناء الشعر. و اتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

- أقر بانني قد تلتفت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
 - يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
 - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
 اتفهم انه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
 الاعراض الجانبية

قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. تقص او زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و يصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقيّة من الشمس.

أقر انه قد اتبعت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت القائمة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

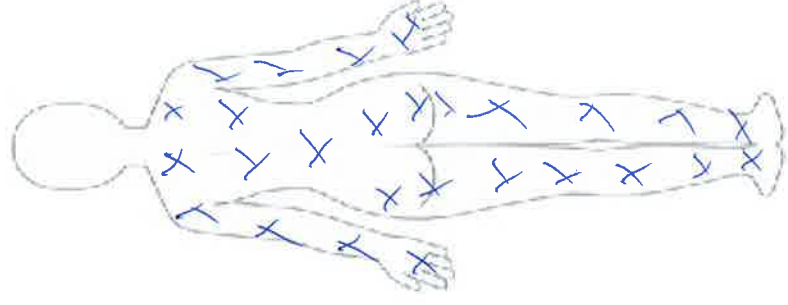
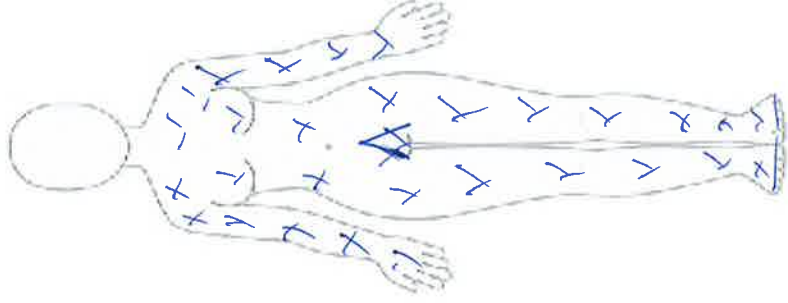
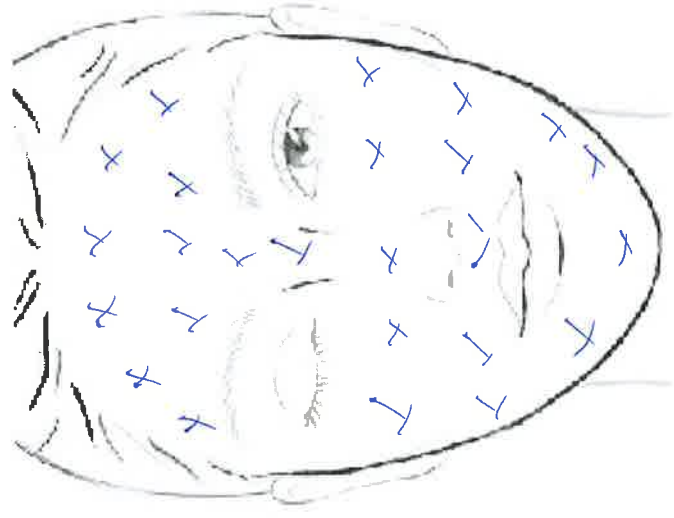
التاريخ

Patient's Name: **RAWDA MOHAMED**

File Number: **#1000315** إسم المريض:

Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No

..... Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/1/19					
Treatment Area	full body +					
Hair Type	M					
Mode	ALEX INDYATI					
Fluence	8/12-15mb/25mb/ki					
Pulse Type	FACE 8J/10					
CNT Pulse	1					
Passes	1P/10					
Starting Time	2.30 PM					
Finish Time	Mebot finished					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature **Rawda**



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002298)

Date:13-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000315 - Rawda Mohamed Alketbi - 971507772679

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-01-2019

Being

Made by Ghada

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



precisely Kindly Answer the following questions بدقة *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الأسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدمية الأسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الأسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جديرة ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بقع أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site?Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	عنى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطبسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلافات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حاليا؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	لل سيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser, I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair.
I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the 'ation of individual responses to treatment. and I consent that I know all alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect
side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or It was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date
... / ... /

أقر أنا
مركز أوركييد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتتغل قوتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الطبسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظته من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

2019 / 5 / 30

اسم المريض: Rawda Mahal

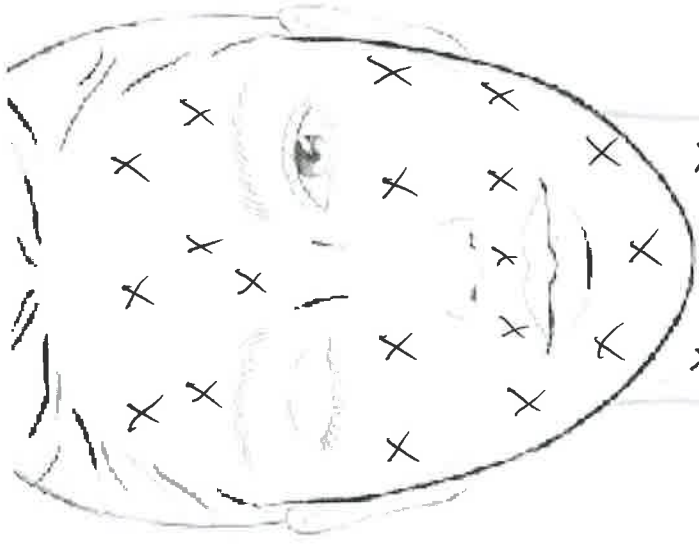
اسم المريض:

File Number:

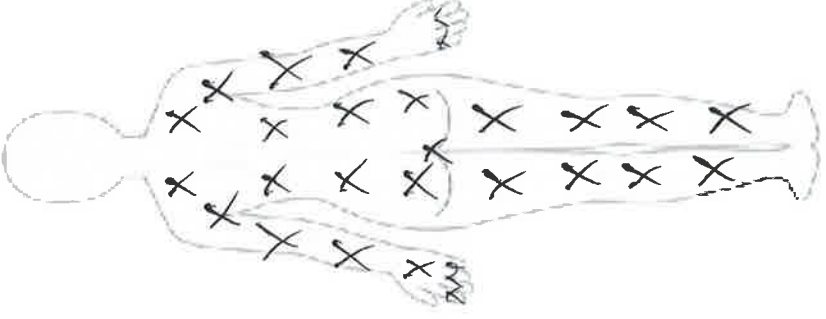
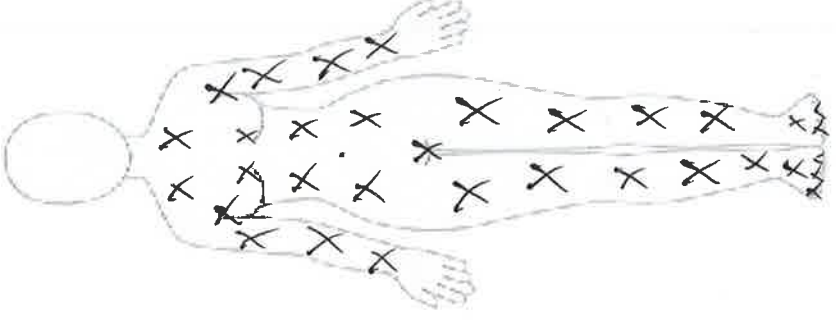
Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Face - Soft light - 2nd



Session 1

Session 3

Session 5

Session 6

Session 2

Treatment Date: 30/05/19
 Treatment Area: Full Body + Same
 Hair Type: Medium-Thick
 Mode: ALEX
 Fluence: 16J/15ms
 Pulse Type: Bibe 13/23ms
 CNT Pulse: 1
 Passes: 1
 Starting Time: 4:30 pm
 Finish Time: 6:10 pm
 Post Treatment: 7:20 pm, 8:45 pm

Therapist Name and Signature: [Signature]



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003860)

Date: 30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000315 - Rawda Mohamed Alketbi - 971507772679

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2019

Being **FULL BODY PLUS + VAT**Made by **Hiba**

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000315 - Rawda Mohamed Alketbi - 971507772679

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004360)

Date:09-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000315 - Rawda Mohamed Alketbi - 971507772679

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-07-2019

Being **FULL BODY PLUS + SOFTLIGHT FACE + VAT**

Made by **Hiba**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000315 - Rawda Mohamed Alketbi - 971507772679

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