

File No#: 1000476 Date: 25/4/2018
اسم المريض: لبنة مصطفى بنشري
Patient Name: Lubana Mostafa
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/8/1995. Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): سوريا Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة Phone No. (رقم الهاتف): 0509772624.
E. MAIL: Lubana.Binshi@gmail.com
How Did You Know About Us? عن طريق الكتبة اليان

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 , عديمة 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 التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوترتينوين " 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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا لمانة مصطفى سبسي بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصابع الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التفت , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تقيت التعليمات التالية :-

- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.
- الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.
- الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقيات الشمس.

PATIENT NAME:

FILE NO#:

2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344
 2345
 2346
 2347
 2348
 2349
 2350
 2351
 2352
 2353
 2354
 2355
 2356
 2357
 2358
 2359
 2360
 2361
 2362
 2363
 2364
 2365
 2366
 2367
 2368
 2369
 2370
 2371
 2372
 2373
 2374
 2375
 2376
 2377
 2378
 2379
 2380
 2381
 2382
 2383
 2384
 2385
 2386
 2387
 2388
 2389
 2390
 2391
 2392
 2393
 2394
 2395
 2396
 2397
 2398
 2399
 2400
 2401
 2402
 2403
 2404
 2405
 2406
 2407
 2408
 2409
 2410
 2411
 2412
 2413
 2414
 2415
 2416
 2417
 2418
 2419
 2420
 2421
 2422
 2423
 2424
 2425
 2426
 2427
 2428
 2429
 2430
 2431
 2432
 2433
 2434
 2435
 2436
 2437
 2438
 2439
 2440
 2441
 2442
 2443
 2444
 2445
 2446
 2447
 2448
 2449
 2450
 2451
 2452
 2453
 2454
 2455
 2456
 2457
 2458
 2459
 2460
 2461
 2462
 2463
 2464
 2465
 2466
 2467
 2468
 2469
 2470
 2471
 2472
 2473
 2474
 2475
 2476
 2477
 2478
 2479
 2480
 2481
 2482
 2483
 2484
 2485
 2486
 2487
 2488
 2489
 2490
 2491
 2492
 2493
 2494
 2495
 2496
 2497
 2498
 2499
 2500
 2501
 2502
 2503
 2504
 2505
 2506
 2507
 2508
 2509
 2510
 2511
 2512
 2513
 2514
 2515
 2516
 2517
 2518
 2519
 2520
 2521
 2522
 2523
 2524
 2525
 2526
 2527
 2528
 2529
 2530
 2531
 2532
 2533
 2534
 2535
 2536
 2537
 2538
 2539
 2540
 2541
 2542
 2543
 2544
 2545
 2546
 2547
 2548
 2549
 2550
 2551
 2552
 2553
 2554
 2555
 2556
 2557
 2558
 2559
 2560
 2561
 2562
 2563
 2564
 2565
 2566
 2567
 2568
 2569
 2570
 2571
 2572
 2573
 2574
 2575
 2576
 2577
 2578
 2579
 2580
 2581
 2582
 2583
 2584
 2585
 2586
 2587
 2588
 2589
 2590
 2591
 2592
 2593
 2594
 2595
 2596
 2597
 2598
 2599
 2600
 2601
 2602
 2603
 2604
 2605
 2606
 2607
 2608
 2609
 2610
 2611
 2612
 2613
 2614
 2615
 2616
 2617
 2618
 2619
 2620
 2621
 2622
 2623
 2624
 2625
 2626
 2627
 2628
 2629
 2630
 2631
 2632
 2633
 2634
 2635
 2636
 2637
 2638
 2639
 2640
 2641
 2642
 2643
 2644
 2645
 2646
 2647
 2648
 2649
 2650
 2651
 2652
 2653
 2654
 2655
 2656
 2657
 2658
 2659
 2660
 2661
 2662
 2663
 2664
 2665
 2666
 2667
 2668
 2669
 2670
 2671
 2672
 2673
 2674
 2675
 2676
 2677
 2678
 2679
 2680
 2681
 2682
 2683
 2684
 2685
 2686
 2687
 2688
 2689
 2690
 2691
 2692
 2693
 2694
 2695
 2696
 2697
 2698
 2699
 2700
 2701
 2702
 2703
 2704
 2705
 2706
 2707
 2708
 2709
 2710
 2711
 2712
 2713
 2714
 2715
 2716
 2717
 2718
 2719
 2720
 2721
 2722
 2723
 2724
 2725
 2726
 2727
 2728
 2729
 2730
 2731
 2732
 2733
 2734
 2735
 2736
 2737
 2738
 2739
 2740
 2741
 2742
 2743
 2744
 2745
 2746
 2747
 2748
 2749
 2750
 2751
 2752
 2753
 2754
 2755
 2756
 2757
 2758
 2759
 2760
 2761
 2762
 2763
 2764
 2765
 2766
 2767
 2768
 2769
 2770
 2771
 2772
 2773
 2774
 2775
 2776
 2777
 2778
 2779
 2780
 2781
 2782
 2783
 2784
 2785
 2786
 2787
 2788
 2789
 2790
 2791
 2792
 2793
 2794
 2795
 2796
 2797
 2798
 2799
 2800
 2801
 2802
 2803
 2804
 2805
 2806
 2807
 2808
 2809
 2810
 2811
 2812
 2813
 2814
 2815
 2816
 2817
 2818
 2819
 2820
 2821
 2822
 2823
 2824
 2825
 2826
 2827
 2828
 2829
 2830
 2831
 2832
 2833
 2834
 2835
 2836
 2837
 2838
 2839
 2840
 2841
 2842
 2843
 2844
 2845
 2846
 2847
 2848
 2849
 2850
 2851
 2852
 2853
 2854
 2855
 2856
 2857
 2858
 2859
 2860
 2861
 2862
 2863
 2864
 2865
 2866
 2867
 2868
 2869
 2870
 2871
 2872
 2873
 2874
 2875
 2876
 2877
 2878
 2879
 2880
 2881
 2882
 2883
 2884
 2885
 2886
 2887
 2888
 2889
 2890
 2891
 2892
 2893
 2894
 2895
 2896
 2897
 2898
 2899
 2900
 2901
 2902
 2903
 2904
 2905
 2906
 2907
 2908
 2909
 2910
 2911
 2912
 2913
 2914
 2915
 2916
 2917
 2918
 2919
 2920
 2921
 2922
 2923
 2924
 2925
 2926
 2927
 2928
 2929
 2930
 2931
 2932
 2933
 2934
 2935
 2936
 2937
 2938
 2939
 2940
 2941
 2942
 2943
 2944
 2945
 2946
 2947
 2948
 2949
 2950
 2951
 2952
 2953
 2954
 2955
 2956
 2957
 2958
 2959
 2960
 2961
 2962
 2963
 2964
 2965
 2966
 2967
 2968
 2969
 2970
 2971
 2972
 2973
 2974
 2975
 2976
 2977
 2978
 2979
 2980
 2981
 2982
 2983
 2984
 2985
 2986
 2987
 2988
 2989
 2990
 2991
 2992
 2993
 2994
 2995
 2996
 2997
 2998
 2999
 3000
 3001
 3002
 3003
 3004
 3005
 3006
 3007
 3008
 3009
 3010
 3011
 3012
 3013
 3014
 3015
 3016
 3017
 3018
 3019
 3020
 3021
 3022
 3023
 3024
 3025
 3026
 3027
 3028
 3029
 3030
 3031
 3032
 3033
 3034
 3035
 3036
 3037
 3038
 3039
 3040
 3041
 3042
 3043
 3044
 3045
 3046
 3047
 3048
 3049
 3050
 3051
 3052
 3053
 3054
 3055
 3056
 3057
 3058
 3059
 3060
 3061
 3062
 3063
 3064
 3065
 3066
 3067
 3068
 3069
 3070
 3071
 3072
 3073
 3074
 3075
 3076
 3077
 3078
 3079
 3080
 3081
 3082
 3083
 3084
 3085
 3086
 3087
 3088
 3089
 3090
 3091
 3092
 3093
 3094
 3095
 3096
 3097
 3098
 3099
 3100
 3101
 3102
 3103
 3104
 3105
 3106
 3107
 3108
 3109
 3110
 3111
 3112
 3113
 3114
 3115
 3116
 3117
 3118
 3119
 3120
 3121
 3122
 3123
 3124
 3125
 3126
 3127
 3128
 3129
 3130
 3131
 3132
 3133
 3134
 3135
 3136
 3137
 3138
 3139
 3140
 3141
 3142
 3143
 3144
 3145
 3146
 3147
 3148
 3149
 3150
 3151
 3152
 3153
 3154
 3155
 3156
 3157
 3158
 3159
 3160
 3161
 3162
 3163
 3164
 3165
 3166
 3167
 3168
 3169
 3170
 3171
 3172
 3173
 3174
 3175
 3176
 3177
 3178
 3179
 3180
 3181
 3182
 3183
 3184
 3185
 3186
 3187
 3188
 3189
 3190
 3191
 3192
 3193
 3194
 3195
 3196
 3197
 3198
 3199
 3200
 3201
 3202
 3203
 3204
 3205
 3206
 3207
 3208
 3209
 3210
 3211
 3212
 3213
 3214
 3215
 3216
 3217
 3218
 3219
 3220
 3221
 3222
 3223
 3224
 3225
 3226
 3227
 3228
 3229
 3230
 3231
 3232
 3233
 3234
 3235
 3236
 3237
 3238
 3239
 3240
 3241
 3242
 3243
 3244
 3245
 3246
 3247
 3248
 3249
 3250
 3251
 3252
 3253
 3254
 3255
 3256
 3257
 3258
 3259
 3260
 3261
 3262
 3263
 3264
 3265
 3266
 3267
 3268
 3269
 3270
 3271
 3272
 3273
 3274
 3275
 3276
 3277
 3278
 3279
 3280
 3281
 3282
 3283
 3284
 3285
 3286
 3287
 3288
 3289
 3290
 3291
 3292
 3293
 3294
 3295
 3296
 3297
 3298
 3299
 3300
 3301
 3302
 3303
 3304
 3305
 3306
 3307
 3308
 3309
 3310
 3311
 3312
 3313
 3314
 3315
 3316
 3317
 3318
 3319
 3320
 3321
 3322
 3323
 3324
 3325
 3326
 3327
 3328
 3329
 3330
 3331
 3332
 3333
 3334
 3335
 3336
 3337
 3338
 3339
 3340
 3341
 3342
 3343
 3344
 3345
 3346
 3347
 3348
 3349
 3350
 3351
 3352
 3353
 3354
 3355
 3356
 3357
 3358
 3359
 3360
 3361
 3362
 3363
 3364
 3365
 3366
 3367
 3368
 3369
 3370
 3371
 3372
 3373
 3374
 3375
 3376

Circle areas to be treated:

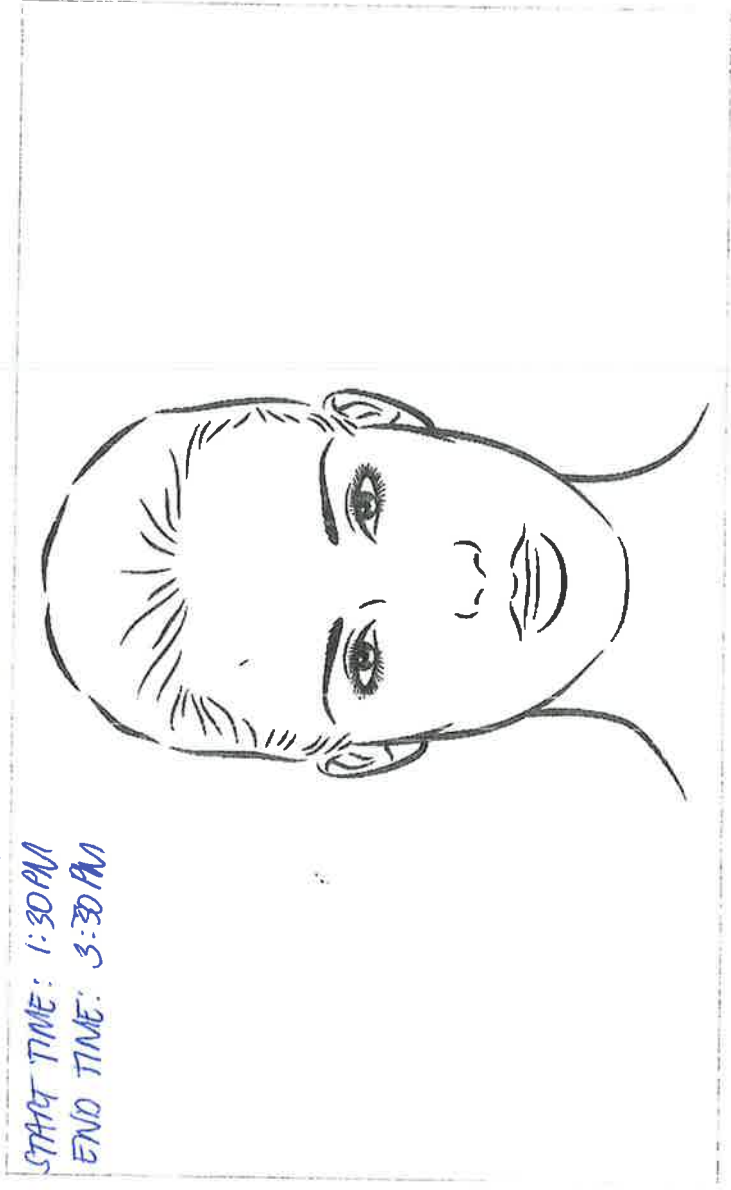
LUBANA MOSTAFA

Other

25/4/18

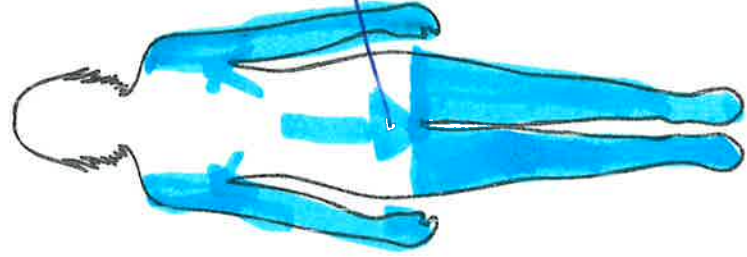
LHR FULL BODY (NO FACE)

START TIME: 1:30 PM
END TIME: 3:30 PM

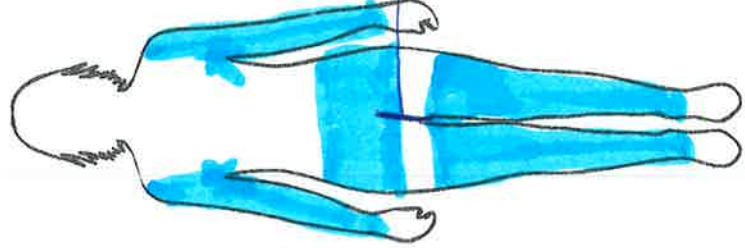


Front

Back



12.5cm, SHORT
X 2 PASSES



10.5cm, SHORT X 2
PASSES



AED 2,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000531)	Date:25-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000476 - Lubana Benshi - 971509772524		
The sum of Dhs. Two Thousand Only		
By Cash 2,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 25-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

Benshi



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000844)

Date:03-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000476 - Lubana Benshi - 971509772524

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

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 573

Made by Ghada

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

File No#: 1000476 Date: 25/04/2018 اسم المريض

Patient Name: Lubana Benshi Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13-08-1995 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Syria Phone No. (رقم الهاتف): 0509777524

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married E.MAIL:

How Did You Know About Us? عن طريق دكتورة ايمان

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Heavy vaginal discharge for 2 weeks

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: Emp-20-1-2018
Hospitalization: _____ Family History: _____
Habits: _____ Smoking: N Alcohol: N Drugs: N

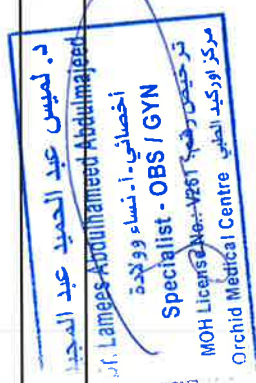
Remarks: _____

Initial Findings: 4/5 → Both ovaries normal sized para uterine mass

Radiography: _____

Examination: CA healthy → heavy discharge

Diagnosis: Poly cystic ovary
1) Flagyl tb (H+u)
2) Diflucan 100 (H+u)
3) Gynopronyl vag 100 x 3





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 ذكر 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 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:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

3/7/18

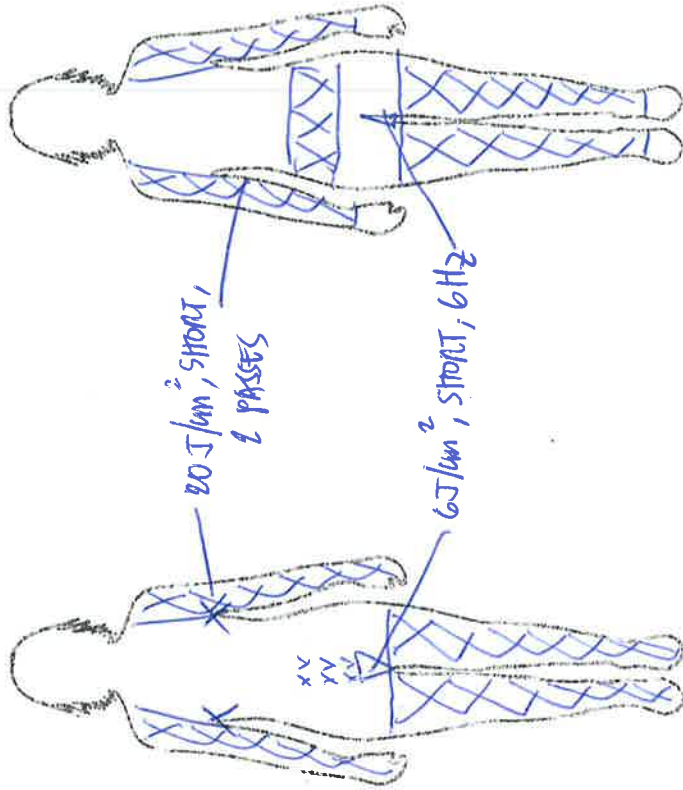
Circle areas to be treated:

Other

LHR Full Body (NO FACE)



Front Back





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000980)

Date: 31-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000476 - Lubana Benshi - 971509772524

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

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

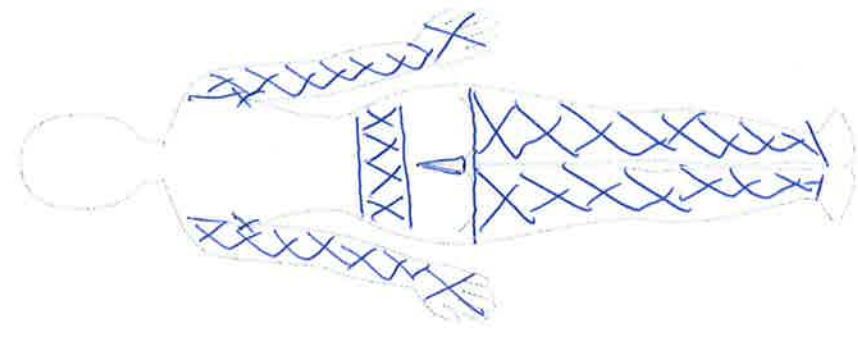
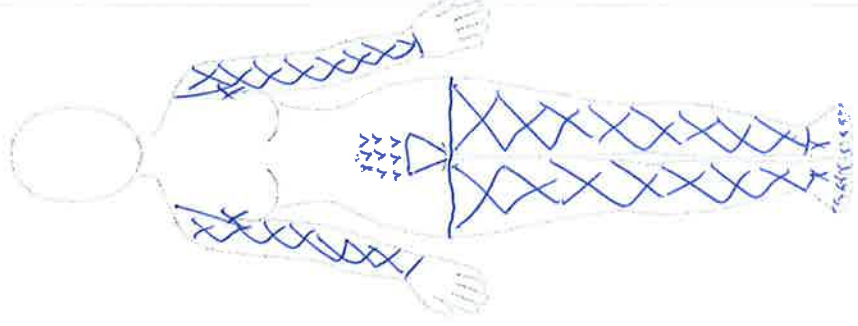
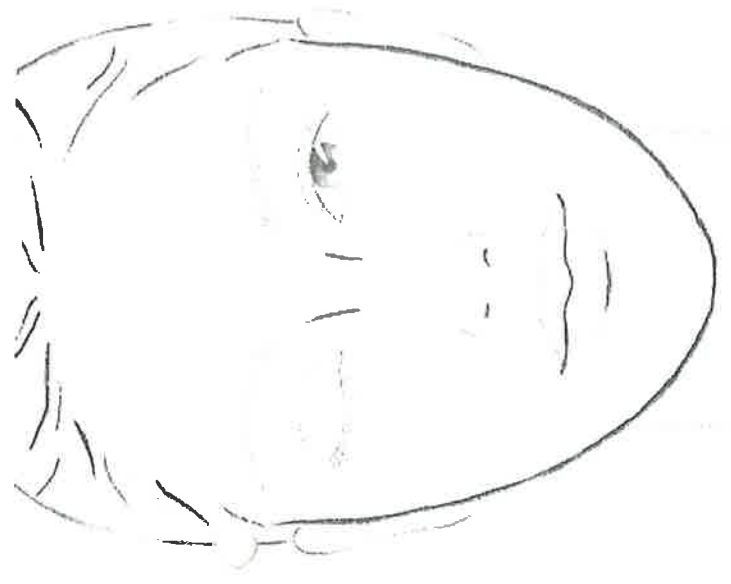
Date: 31-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO:573

Made by Ghada

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

Patient's Name: **LUBANA MOSTATA**
 File Number: **1000476**
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No **Yes**



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	31/7/18	28/8/18	30/10/18	10/12/18		
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY	FULL BODY	Full body		
Hair Type	DARK, COARSE	DARK, COARSE	DARK, COARSE	Dark, Thicket		
Mode	DPI, FDP	DPI, FDP	DPI, FDP	DPI, FDP		
Fluence	20J/cm ² , 6-7 J/cm ²	20J/cm ² , 6-7 J/cm ²	20-22J/cm ² , 6-7 J/cm ²	20J		
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT		
CNT Pulse						
Passes	1-2	2, 1	2, 1	2, 1		
Starting Time	4:45 PM	4:45 PM	6:30 PM	3 PM		
Finish Time	6:15 PM	6:05 PM	8:30 PM	4:45 PM		
Post Treatment						

Therapist Name and Signature **BESSIE JANE**



مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,700.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001564)

Date: 30-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000476 - Lubana Benshi - 971509772524

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

By Cash 1,700.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-10-2018

Being PAYMENT FOR FULL BODY PKG

Made by  Ghada

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