

File No#: 1000504 Date: 1/5/2024
Patient Name: Amna Al Harzougi اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 9/18/1996 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): U.a.e. Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single. Phone No. (رقم الهاتف): 010330024
E. MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

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 , عديدة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
- 5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهيرة لديك سابقا علامات ندوب أو جرة؟ نعم ___ لا ___

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

4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الإيسوترينوتين " 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 أمنية محمد سعيد بقدمي إلى مركز أوركيد 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 الأصبغ 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 الترام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التفتق , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت 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 التفتق قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. 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 ستلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقبات الشمس.

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Armaa,Mohamed,Abdulla,Almarzouqi,Binshabib	IDN:	784199694281355	Mother Name:	
Name (Ar)	امنة محمد عبدالمرزوق بن شبيب	Card Number:	088455237	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301011711
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/04/2028	Date of Birth:	09/08/1996	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>

5/1/2018

Circle areas to be treated:

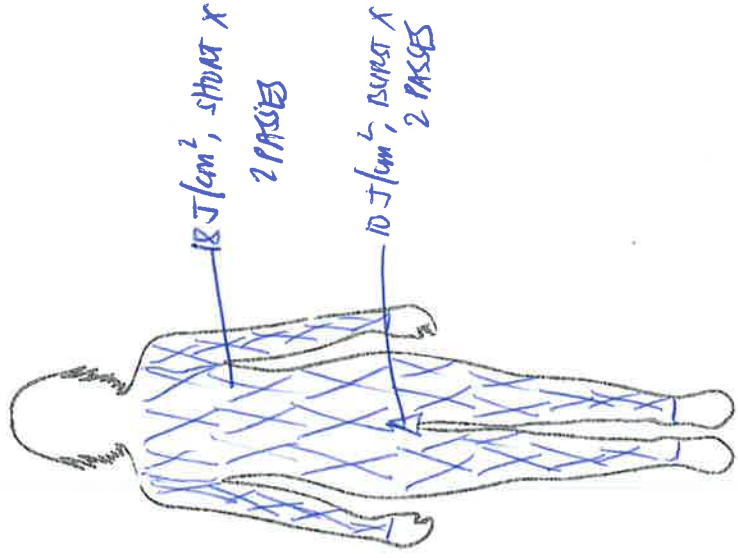
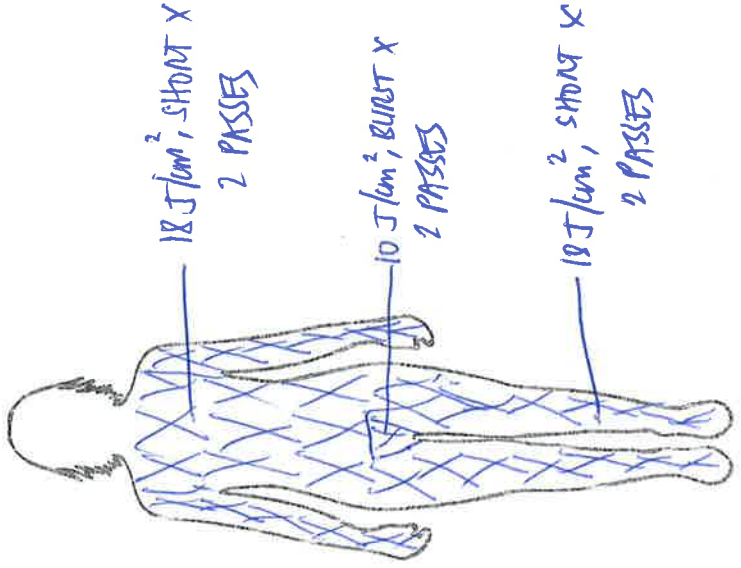
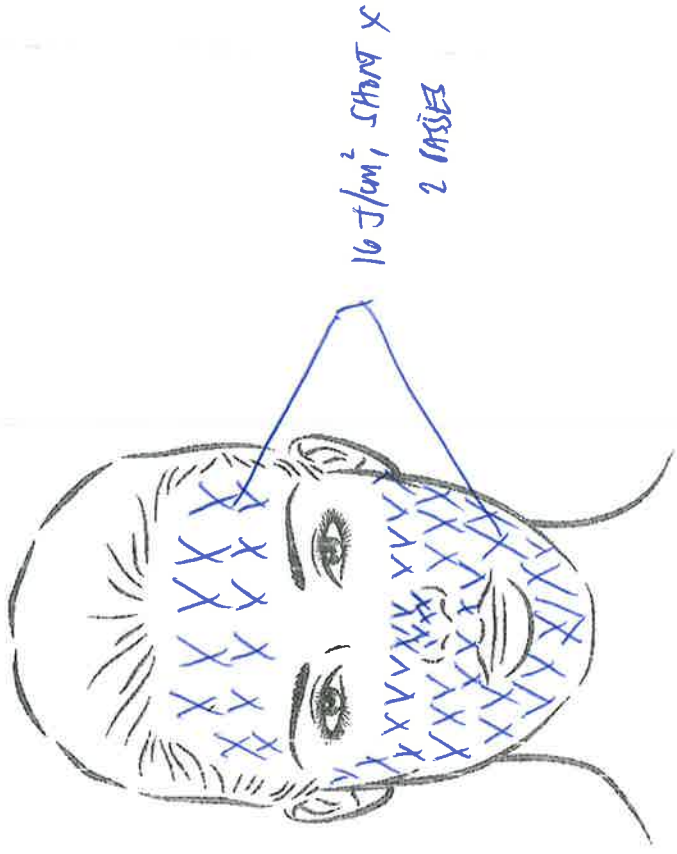
Other _____

1/5/2018

FULL BODY PLUS

START TIME: 6:45 AM

END TIME: 9:10 AM





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000579)	Date:01-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024		
The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Only		
By Cash 1,200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 01-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



Dietary consultation involves a health profile. The purpose of the health profile is not to establish a diagnosis, but rather to determine a client's health status in order to guide his/her weight control plan. A client may be advised to seek medical advice based on his/her health profile.

Date: 21/7/18... File Number:

Patient Name: Amna... إسم المريض:

Current Weight (الوزن الحالي): 48 kg... (الوزن السنة الماضية): 10 kg...
Weight 1 year ago

Minimum Adult Weight (أقل وزن): 26... Maximum Adult Weight (أعلى وزن): 59.6... Age: 27...
Age

Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية) : Yes / No Exercise Type (نوع التمرين) : How Often (كم مرة) :

هل انتظمت سابقا بأي حمية غذائية؟ نعم / لا

If yes, please specify which diet(s) and why you think it didn't work for you?
إذا كانت الاجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة لك؟
SS kg ← Target wt

On a scale of 1 to 10, indicate the level of importance you give to losing weight with professionally supervised weight

loss method

بمقياس ١ الى ١٠ ، حدد درجة اهمية فقدانك للوزن تحت اشراف المتخصصين

Least Importance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 More Importance

How Many Children Do You Have?

كم عدد اطفالك؟

Who does the most cooking at home?

من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night?

ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

10 hours

Eating Habits العادات الغذائية

الطور الفطور

Do You Have Breakfast Every Morning? **Yes** **Sometimes** **No** **Never**

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before Lunch? **Yes** **Sometimes** **No** **Never**

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

الغداء

Do You Have Lunch Every Morning? **Yes** **Sometimes** **No** **Never**

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? **Yes** **Sometimes** **No** **Never**

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

العشاء

Do You Have Dinner Every Morning? **Yes** **Sometimes** **No** **Never**

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? **Yes** **Sometimes** **No** **Never**

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Consent Form For Nutritionist Weight loss Method

I confirm that the information that I have provided and that is recorded by me on this health profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted. weather in whole or in part, any information concerning my health status. in this respect, I confirm that I have disclosed all past and present physical/ or mental health problems or concerns that I have experienced, diagnosis and/or surgeries that I have had, medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing I specifically confirm that I do not have the conditions and that I am not taking any medications. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the weight loss method if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless I specifically consult with a medical doctor while I am on weight loss method, and provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if I have any of the aforementioned conditions or if I am currently taking any of the aforementioned medication, or I have not disclosed same to the center and nevertheless chose to go on professional weight loss method without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I release and discharge the center as the laboratories or any employee from any and all damages, liabilities, claims and causes of action of any nature whatsoever that may result from such voluntary decision.

I confirm that the Nutritionist has explained to me that I have had the opportunity to ask questions relating to the weight control method, and that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the weight control method as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the weight control method

without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the weight control method limits the ingestion of certain goods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I'm on the weight control method.

I undertake to disclose immediately to the center and nutritionist all the changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am on the weight control method.

نموذج اقرار التحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة وكاملة و دقيقة و اني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئياً أو كلياً. و أقر أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسدية و النفسية و اي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الادوية و المكملات التي قد وصف لي أو اقوم بتناولها حالياً.

و أقر أنه ليس لدي اي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أوصفت عنها في الملف الطبي و اتهم انني لا يجب ان اتعاطى أي أدوية خلال او بعد اتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت اشراف الاخصائي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لاختصاصي التغذية بهذه الادوية او المكملات و ابراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

اتفهم ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لاختصاصي التغذية او خصوصي لطرق تحكم للوزن دون اعلامي للاخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري. و أعفي الاخصائي و الطبيب و المركز و أي من موظفيه من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بأي تعويض عن الاضرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح اي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و انني اتفهم اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويًا و من خلال المواد المكتوبة التي تم تزويدي بها و الالتزام بكافة التعليمات قبل و بعد اتباعي الطرق التحكم بالوزن.

بالإضافة الى ما سبق أقر أنه قد تم اعلامي أنه بسبب اتباعي لطريقة التحكم بالوزن فإنه يجب تناول بعض الفيتامينات و المعادن و المكملات الغذائية و انه يجب الالتزام بتناول هذه المكملات بينما اتبع وسيلة التحكم بالوزن.

اتعهد باخبار المركز و اخصائية التغذية فوراً عن أي تغييرات في حالتي الصحية او اي ضيق او اعراض او اي مشاكل صحية قد اعترض لها بينما اضعخ لوسيلة التحكم بالوزن.

ID 210718-3 | Height 166cm | Age 41 | Gender Female | Test Date & Time 21.07.2018. 17:20

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	30.1 (30.1~36.8)
For building muscles	Protein	(kg)	8.1 (8.1~9.9)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.09 (2.79~3.41)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	18.3 (11.9~19.0)
Sum of the above	Weight	(kg)	59.6 (50.3~68.1)

InBody Score

71 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 59.3 kg
 Weight Control - 0.3 kg
 Fat Control - 4.6 kg
 Muscle Control + 4.3 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

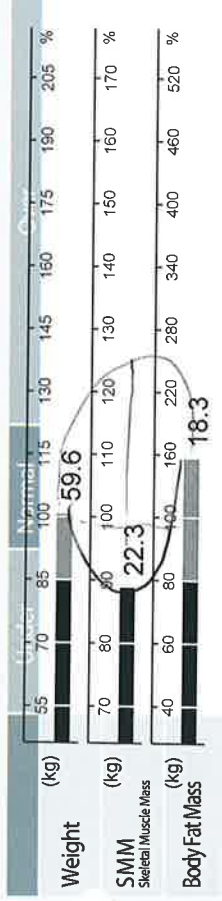
Waist-Hip Ratio

0.85

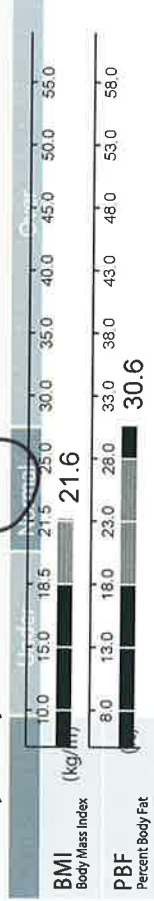
Visceral Fat Level

Level 7

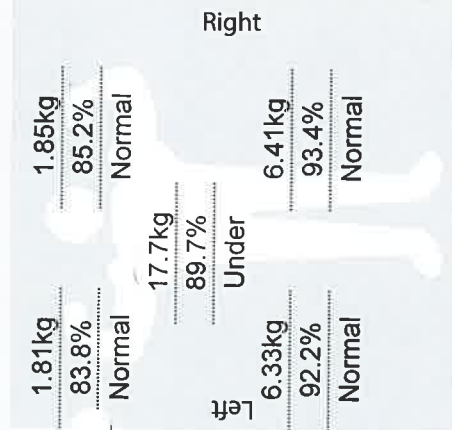
Muscle-Fat Analysis



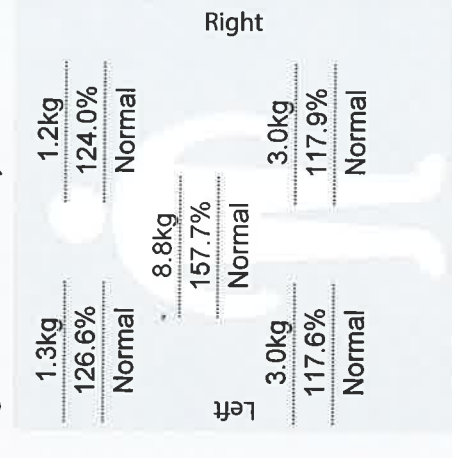
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Research Parameters

Fat Free Mass 41.3 kg
 Basal Metabolic Rate 1263 kcal (1262~1460)
 Obesity Degree 101 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2183 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	105	Gateball	113
Walking	119	Yoga	119
Badminton	135	Table Tennis	135
Tennis	179	Bicycling	179
Boxing	179	Basketball	179
Mountain Climbing	194	Jumping Rope	209
Aerobics	209	Jogging	209
Soccer	209	Swimming	209
Japanese Fencing	298	Racketball	298
Squash	298	Taekwondo	298

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Body Composition History

Weight (kg)	59.6
SMM (kg)	22.3
PBF (%)	30.6

Impedance

Z(φ) 20 kHz 484.6 493.4 23.4 320.4 329.1
 100 kHz 444.1 454.8 19.7 289.3 297.0



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002046)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2018

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

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001279)

Date:19-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / 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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

934.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002109)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Nine Hundred Thirty-Four Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 934.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

Being PACKAGE 1500(FULL BODY PLUS DONE)

Made by Ghada 

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 850.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002110

Date: 29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fifty and Five Fils Only**By Cash **850.50** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

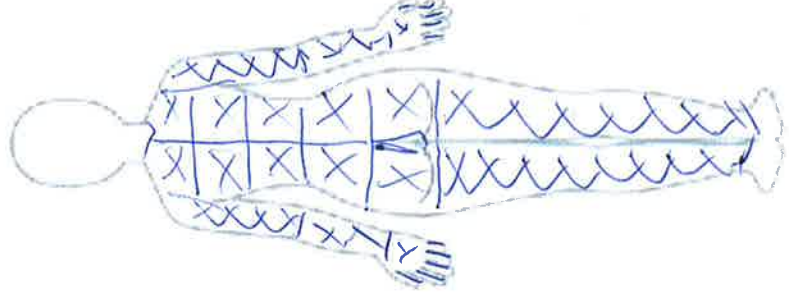
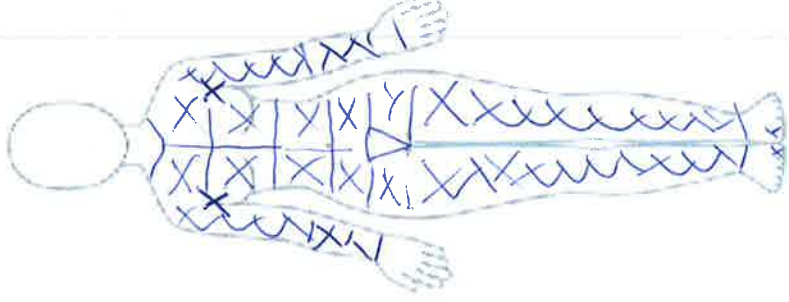
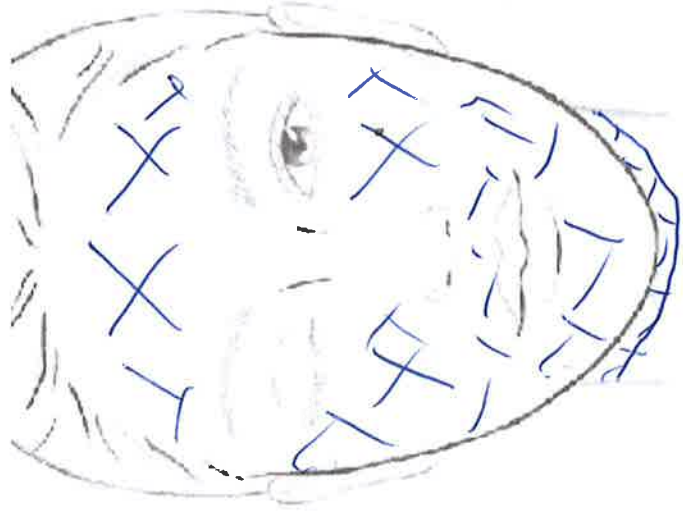
Cheque No.

Date:

B3 **ADVANCE FOR PACKAGE 1500(CARBON,MESO,SCALING)**Made by **Ghada**

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

Patient's Name: ANNA اسم المريض
 File Number: 1000504 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



P LOWER ARM NOT DONE - W/HENNA

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/12/18	19/1/19	19/3/19	24/4/19	22/5/19	10/6/19
Treatment Area	FULL BODY +	REMAINING AREAS: UNDERARM, FACE +	BICAL	LHR FACE BODY +	LHR FULL BODY	LHR FULL BODY +
Hair Type	MEDIUM	LOWER ARMS	ND YAG	ALEX	ALEX	ALEX
Mode	WAS ALEX	MUX	20 SPOT	20 SPOT	20 SPOT	20 SPOT
Fluence	6J/15	7J/10-15	16J/20MS	8/10 MS	8/10 MS	8/10 MS
Pulse Type	SKINI: ND YAG					
CNT Pulse	15J/100					
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	5:30 PM	4 PM	5 PM	2 PM	1 PM	2:30 PM
Finish Time	6:55 PM	4:30 PM		3:30 PM	3 PM	3:30 PM
Post Treatment	METRO +					
	FUGONIT					
	UNDERARM + FULL FACE					
Therapist Name and Signature	DESSIE					

EXTRA: UNDERARM + FULL FACE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

467.25

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002169)

Date:02-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Four Hundred Sixty-Seven Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 467.25

Bank: Cheque No.

Date: 02-01-2019

Being PACKAGE 1500

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

84.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002179)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Eighty-Four Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 84.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-01-2019

Being PACKAGE 1500

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

299.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002332)

Date:15-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Two Hundred Ninety-Nine Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 299.25

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2019

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

892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002360)

Date:19-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-01-2019

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002614)

Date:11-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMINA AL MARZOUQI - 971503505024

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: 11-02-2019

Being

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003433)

Date: 24-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

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: 24-04-2019

Being FULL BODY PLUS LHR + 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 : 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003756)

Date: 22-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

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: 22-05-2019

Being **LHR FULL BODY PLUS + VAT**Made by **Rana**

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 : 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003999)

Date:10-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash **682.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-06-2019

Being **Zoom Whitening + 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 : 1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004000

Date: 10-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000504 - AMNA AL MARZOUQI - 971503505024**

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two and Five Fils Only**

By Cash **1,102.50** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Doing **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS LASER + 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

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

www.omc1.ae