



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health... Smile... Beauty

Date: 28/7/2018

File Number: 1000775

Patient Name: Sahada Ahmed

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/11/1981 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Jordan

Phone No. (رقم الهاتف): 0551585371

Address (العنوان): Amman

E-MAIL:

How did you know about us: building

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	Yes/No لا/نعم	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؟	لا/نعم	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/نعم	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا	لا/نعم	انيميا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا/نعم	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيب...etc	لا/نعم	No



### 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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما فكرت في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و المضاعفات و المضاعفات التشخيصية و الجراحية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطهرات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت له فحسي الملقف صحية. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: .... / .... / .....

## استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm  
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

## سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

## التاريخ المرضي: Disease History

## الحساسيات Allergies

## الأدوية Medications

## الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

## الملاحظات العامة و السريرية General &amp; Clinical Findings

## الفحص Examination

## الصور الشعاعية Radiography

## التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

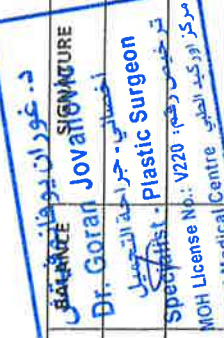
Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Ehada Ahmed.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
28/07/18	LHR HALF FACE, F-18J/cm <sup>2</sup> PP - I, SHORT PULSE	150	 Dr. Gorad Jovani Plastic Surgeon Specialist MOH License No.: V220 Orchid Medical Centre
09/08/18	LHR HALF FACE, F-18J/cm <sup>2</sup> PP I, SHORT PULSE	150	
11/10/18	LHR HALF FACE	150	
04/11/18	LHR Half face 18J/SHORT		
06/12/18	LHR HALF FACE		
09/01/19	LHR		
08/05/19	LHR Upper lip + chin		
02/10/19	LHR U.L (Deka)		
14/12/19	LHR U.L (Deka)		
20/02/20	LHR U.L (Deka)		

د. وسام مروان الطباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 (Dermatology Specialist)  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: V220  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: V220  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: V220  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQx0\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Ghaida,Abdeijawad,,H Ahmed	IDN:	784198105759538	Mother Name:	
Name (Ar)	غيداء عبدالجواد محمد احمد	Card Number:	089159764	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	21/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/05/2020	Date of Birth:	17/11/1981	Sponsor Name:	عمر على فارس
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0102450369
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183273602	Residency Expiry:	19/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/28/2018





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000967)

Date:28-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHAIIDA AHMED - 971551585371

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-07-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
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
Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Ghidaa Mohamed 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 variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the available 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 Ghidaa Mohamed

Date .....

أقر أنا غيداء محمد أنني أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستوف. أعلم أنني أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والكياء في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع 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 ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية
- قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
- أقر أنه قد أتاحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت وفهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

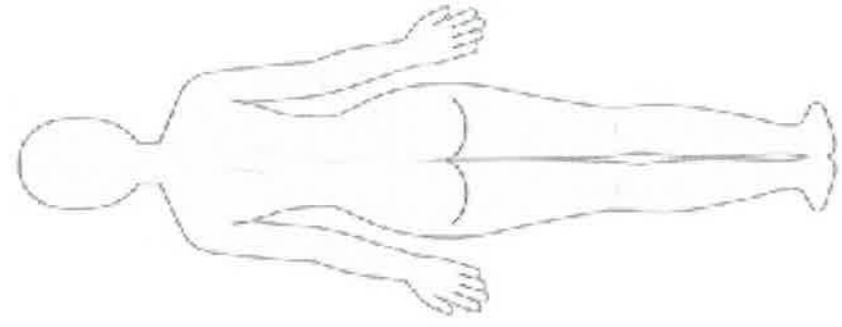
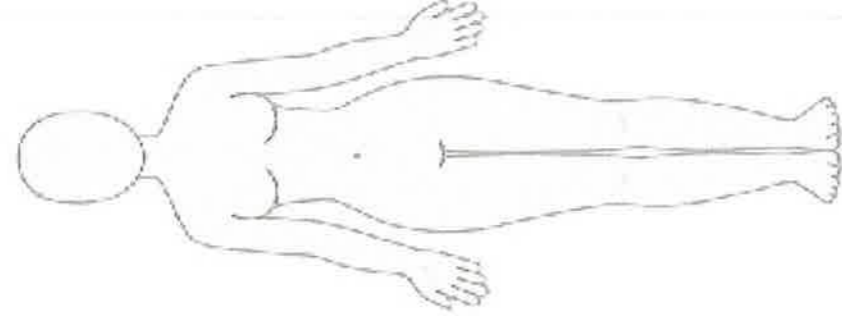
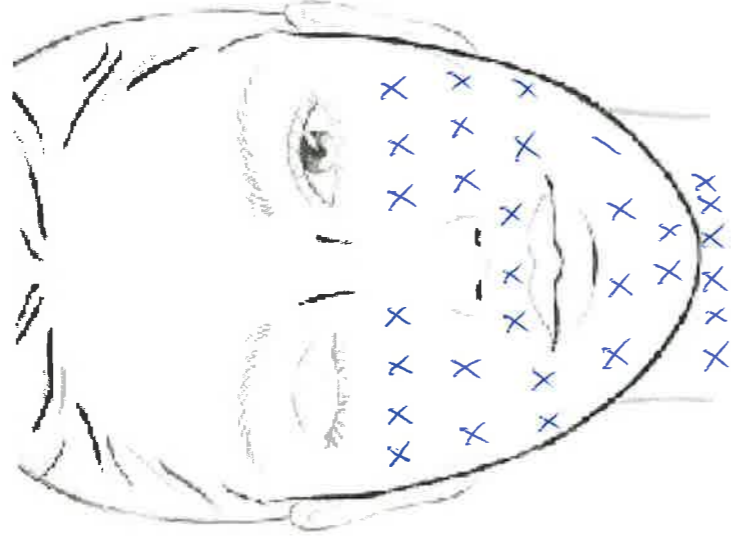
التاريخ



Patient's Name: Eheida Ahmed اسم المريض: .....

File Number: ..... رقم الملف: .....

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	28-07-18	9-08-18	11-10-18	24-11-18	6-2-19	9-3-19
Treatment Area	Half-face	Same	Same	Same	Same	UL
Hair Type	Fine, dark	Fine dark	Dark, fine	Medium, dark	Soft	Soft
Mode	DPI	DPI	DPI	DPI	Alex	Alex
Fluence	18J/cm <sup>2</sup>	18-20J/cm <sup>2</sup>	20J/cm <sup>2</sup>	18J	7J/10	8/10
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT		
CNT Pulse						
Passes	2	2	2	2	1	1
Starting Time	5:25 pm	3:05 pm	1:35 pm	6:15 pm	7 pm	7 pm
Finish Time	5:35 pm	3:25 pm	1:55 pm	6:30 pm	7:10 pm	7:10 pm
Post Treatment						

Therapist Name and Signature ..... Bless .....  
 .....

Patient's Name: Cherada Ahmed

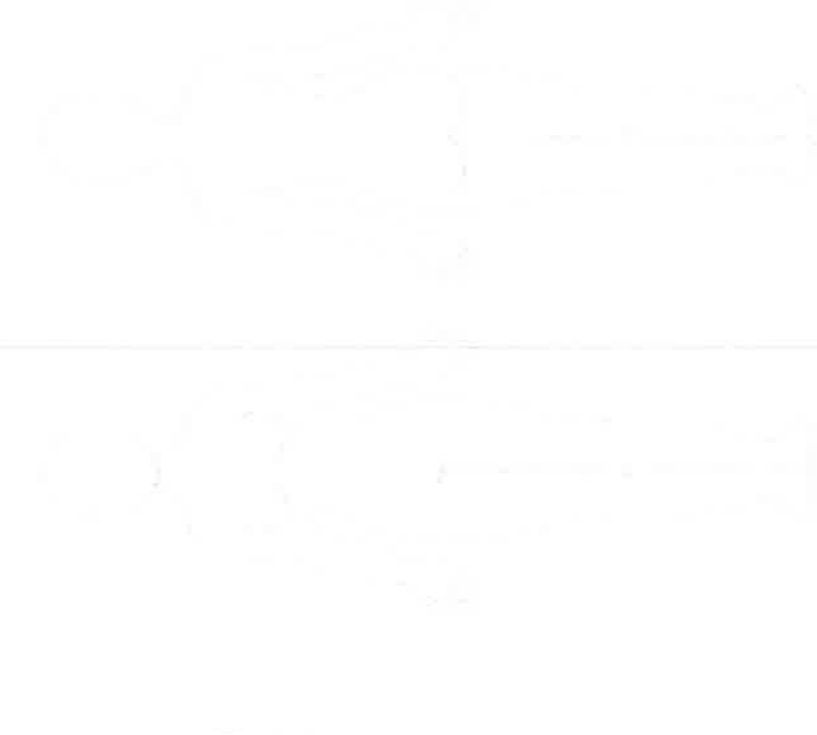
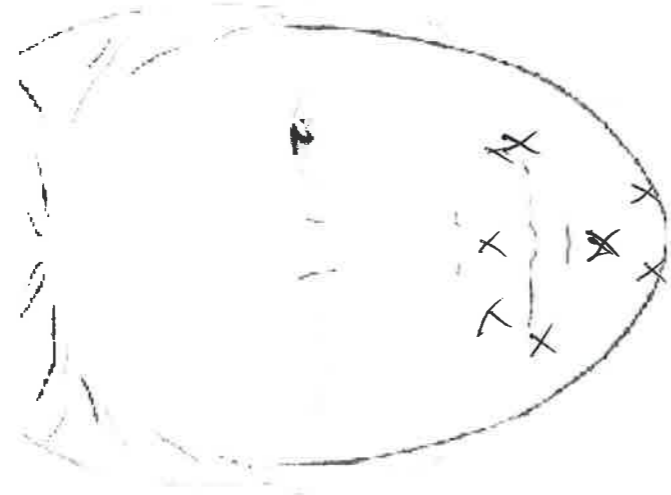
اسم المريض

File Number: .....

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Session 5      Session 6

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4
Treatment Date	08/05/19	02/10/19	14/12/19	20/12/19
Treatment Area	UFT chin	U.L.	U.L	OK
Hair Type	fine	SoH	Soft	Soft 1D
Mode	ALEX	Alex	Alex	Alex 16
Fluence	7J/9.5ms	8J/8.5ms	8J/9.5ms	16J/10ms
Pulse Type				
CNT/Pulse				
Passes	1	1	1	1 pass
Starting Time	12:00pm	8pm		
Finish Time	12:30AM		4:20pm	7pm
Post Treatment				Freewort

Therapist Name and Signature .....

*[Signature]*



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001142)

Date:29-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHAI DA AHMED - 971551585371

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-08-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001425)

Date: 11-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHADA AHMED - 971551585371

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-10-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001783)

Date:24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHADA AHMED - 971551585371

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2018

Being

Faten

Made by FATEN

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002564)

Date:06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHaida AHMED - 971551585371

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-02-2019

Being

Made by **Ghada**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002902)

Date:09-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHAI DA AHMED - 971551585371

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-03-2019

Being **UPPER LIP DEKA + VAT**Made by **Hiba**

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003832)

Date:29-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHAI DA AHMED - 971551585371

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-05-2019

Being **upper lip + chin + 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 : 1000775 - GHAI DA AHMED - 971551585371

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005355)

Date:02-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHAIIDA AHMED - 971551585371

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-10-2019

Being UPPER LIP + 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 : 1000775 - GHAIIDA AHMED - 971551585371

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006511)

Date:14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000775 - GHAI DA AHMED - 971551585371

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-12-2019

Being 1 session upper lip + vat

Made by Reem

- 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 : 1000775 - GHAI DA AHMED - 971551585371

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