



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 18/2/2018

File Number: 1000852

Patient Name:

May El Dessouki

إسم المريض:

Date Of Birth

1/9/1998

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

M / F

Nationality (الجنسية):

Egypt

Occupation (الوظيفة):

Shahjeh

Phone No. (رقم الهاتف): 056426999

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	Yes/No لا/نعم
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	Yes/No لا/نعم
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness	Yes/No لا/نعم
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب عضف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض بولية أو تناسلية؟ هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات : هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم
Other conditions من أي امراض اخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc	Yes/No لا/نعم

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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
الموئل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي
بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أقر أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص
الأولي و التي 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية
المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة من عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالالتهاب أو التوريم أو التزيف أو الألم أو الحساسية

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 المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف صحيحة. و
أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى 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
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل ارادتي

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



التاريخ: / /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (فصيلة الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQx0*

Public Data Readed Suc

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	May, Mohamed, Ibrahim, Eldessouki, Abdelghani	IDN:	784199872848603	Mother Name:	
Name (Ar)	مي محمد ابراهيم السوقي عبد الغني	Card Number:	080219112	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	01/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	26/09/2018	Date of Birth:	01/09/1998	Sponsor Name:	محمد ابراهيم السوقي عبدالغني حسن
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	104220017
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123176800	Residency Expiry:	26/09/2018
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

8/18/2018



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

How do you better describe your skin Type	ما هو النصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عميدة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الأسمرار
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 بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج (نعم) لا
Have you Taken Akutan or isotrionine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes/ No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة بشرة؟ 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 ليعرثك 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 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 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 بالموافقة على إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإذني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم 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.

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

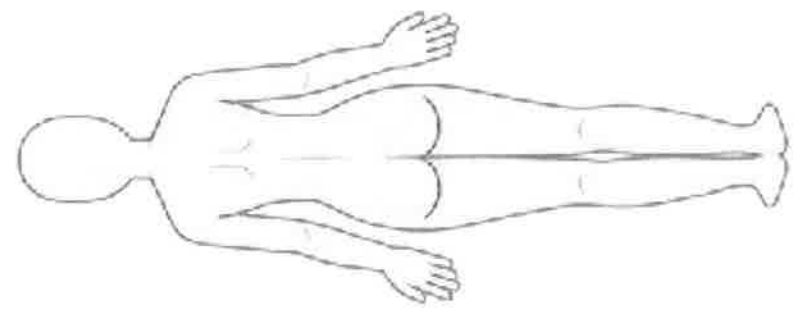
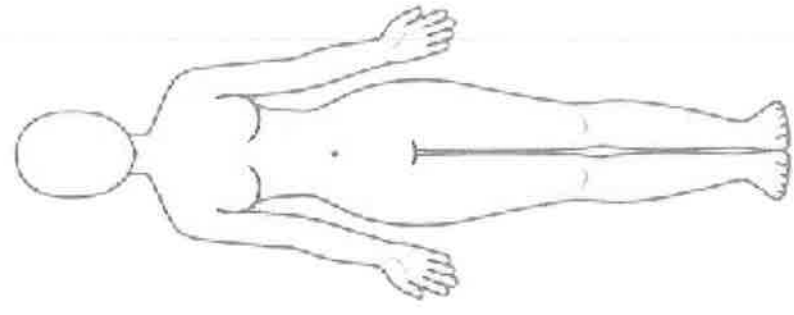
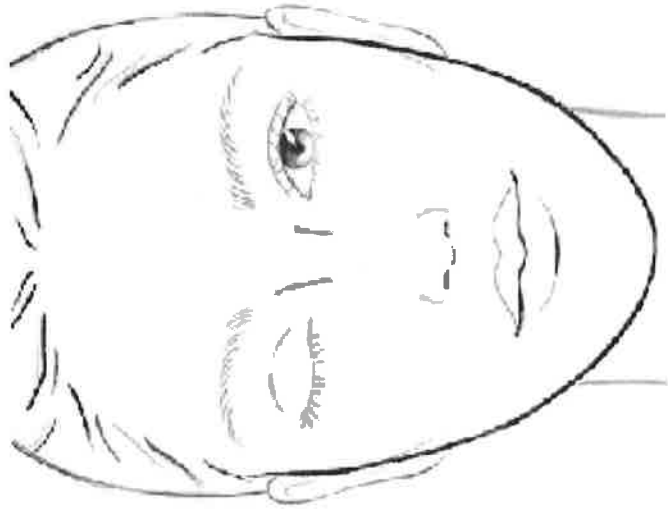
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. وأنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع
.....
.....

التاريخ
.../.../...

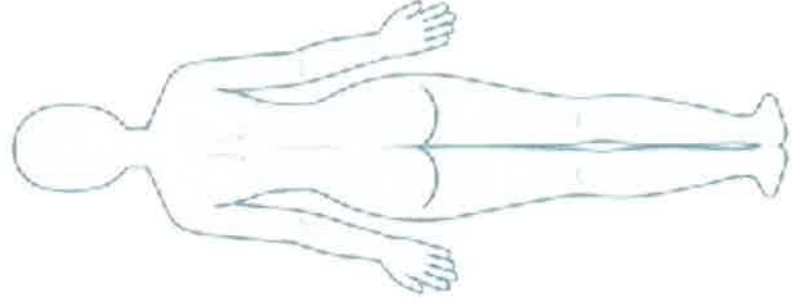
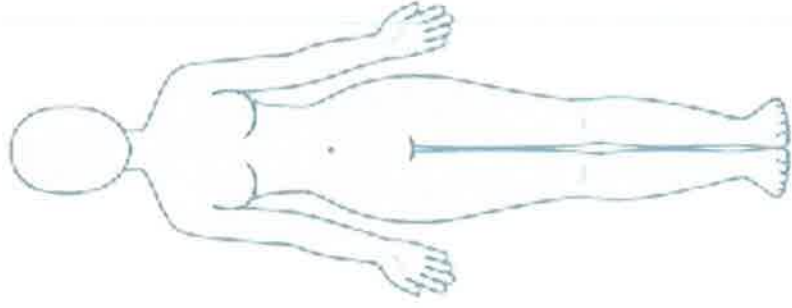
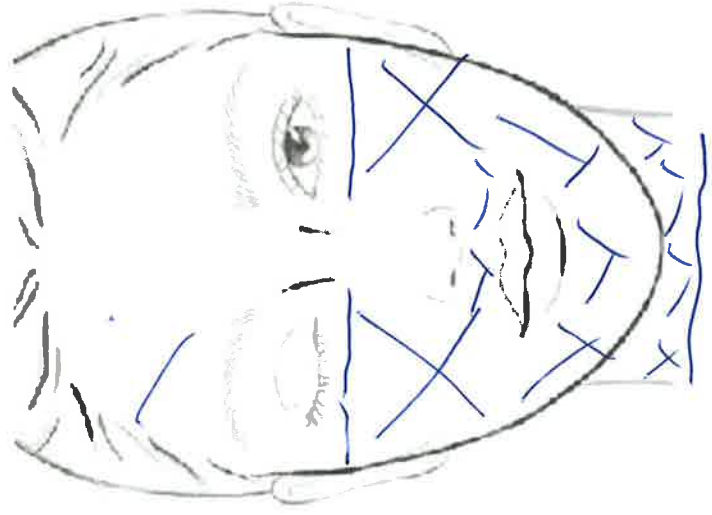
Patient's Name: May Dessati إسم المريض:
 File Number: 1000852 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No تخفيف الألم:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No تقييم المريض:
 Pretreatment photography taken? Yes / No التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج:



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	15/6/20					
Treatment Area	Full face					
Hair Type	H18af					
Mode	Alex 20					
Fluence	8/10.5 ms					
Pulse Type	1 Pass					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	8:30 pm					
Finish Time						
Post Treatment	Hmeded					

Therapist Name and Signature Hmeded

Patient's Name: MAY DESSAKI إسم المريض: 19/3/19
 File Number: # 1000852 رقم الملف: 1000852
 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	18/8/18	15/9/18	15/10/18	24/11/18	1/1/19	19/3/19
Treatment Area	FACE	FACE	FACE	FACE	FACE	FACE
Hair Type	DPML, COARSE	DPML, COARSE	DPML, COARSE	Dark, coarse	MEDIUM	MEDIUM
Mode	NIRK6	DP1	DP1	DP1	AVE	AVE
Fluence	12.5 J/cm ²	16.5 J/cm ²	18.5 J/cm ²	18J	6J/15	7/10 MS
Pulse Type	10	SHORT	SHORT	SHORT		
CNT Pulse						
Passes	1	1	1-2	2	1	1
Starting Time	7:15 PM	12:30 PM	2:55 PM	7 PM	12:35 PM	4:30 PM
Finish Time	7:30 PM	1:10 PM	3:15 PM	7:15 PM	12:50 PM	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature BESSIE JAIN

low



مركز أوركيبيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008959)

Date:21-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

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

By Cash 300.00 / By Credit Card 225.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-05-2020

Being 6 SESSIONS FULL FACE + VAT

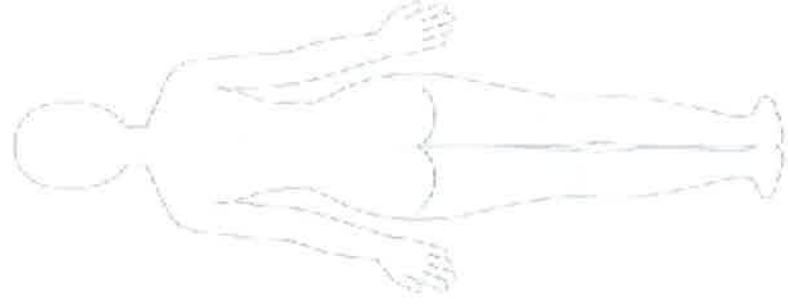
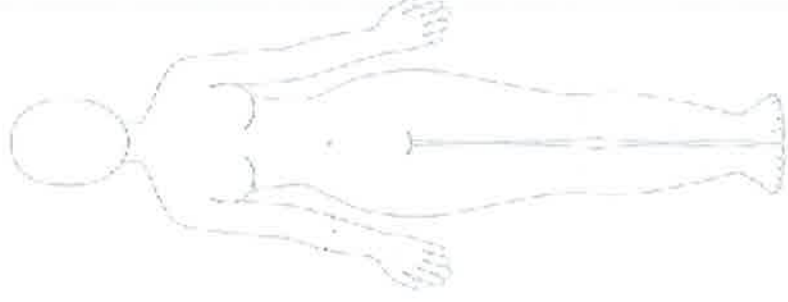
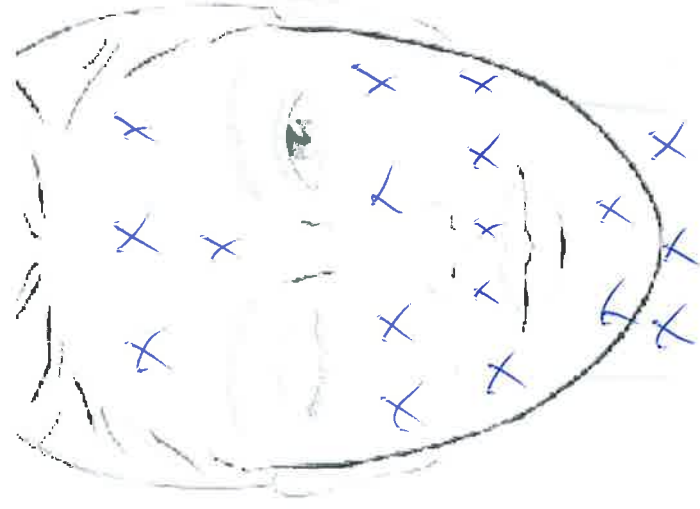
Made by Reem

- 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 : 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

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

Patient's Name: May El Dessaiti اسم المريض
 File Number: 700085 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	03/06/19	21/05/20				
Treatment Area	FACE	face				
Hair Type	Medium	Alex				
Mode	ALEX	Alex				
Fluence	7J	8J/10ms				
Pulse Type	9.5ms					
ONT Pulse						
Passes	1	1				
Starting Time	1:30 AM					
Finish Time	1:40 AM	HIRUDOID				
Post Treatment	MEBO					

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003019)

Date:19-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 19-03-2019

Cheque No.

Being **FULL FACE DEKA + 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 : 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001086)

Date:18-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-08-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001245)

Date:15-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-09-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001435)

Date:13-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____

Date: **13-10-2018**

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001788)

Date: 24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **210.00** / 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
www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002189)

Date: 05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2019

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

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003967)

Date:04-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 04-06-2019

Cheque No.

Being **face + 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 : 1000852 - MAY EL DESSOUKI - 971564269901

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