



Date: 19/8/2018

File Number: 1000856

Patient Name: Amani Hai Kal

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2/12/1976 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shaqjaki

Phone No. (رقم الهاتف): 0564165151

E-MAIL:

How did you know about us: Farid

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب قنطاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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 أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems لل سيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم
Other conditions فيروس الالتهاب 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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتفحصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المسالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المتقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى قصي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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 اراضي

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

التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

## 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 (نوعية الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

### سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

### التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

### الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/8/19	HAIR FULL FACE + BIKINI (FRONT)	450	0	
29/06/19	HAIR FULL FACE + BIKINI			
19.09.019	carbon laser Pao Facial			
9.12.19	Meso (1ml) Face			
2.01.20	carbon laser			
14.01.20	Meso (1ml) 1/2 v.t.c + the other 1/2 Face			

د. وسام مروان الطيب  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License No.: V826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز أوركيد الطبي  
 مركز أوركيد الطبي

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License  
 Orchid Medical Centre  
 مركز أوركيد الطبي

Dr. Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No. V826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز أوركيد الطبي  
 Dr. Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No. V826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز أوركيد الطبي

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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	Amami,Mahmoud,,Haikal	IDN:	784197646543039	Mother Name:	
Name (Ar)	أماني محمود,, هيكل	Card Number:	077502543	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	15/03/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	03/02/2019	Date of Birth:	02/12/1976	Sponsor Name:	منظمة واحة دبي للسيليكون
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120077106054	Residency Expiry:	03/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	3431	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/19/2018



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

How do you better describe your skin Type	ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , 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 بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حشن/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 كحى أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحسنة صيفي؟
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 اي وشوم / 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 اجريت اي 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

الاسم و التوقيع

Date

التاريخ

أقر أنا ..... بالشراكة لازالة الشعر غير التعتيق في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير التعتيق في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اتمام الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكحى و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

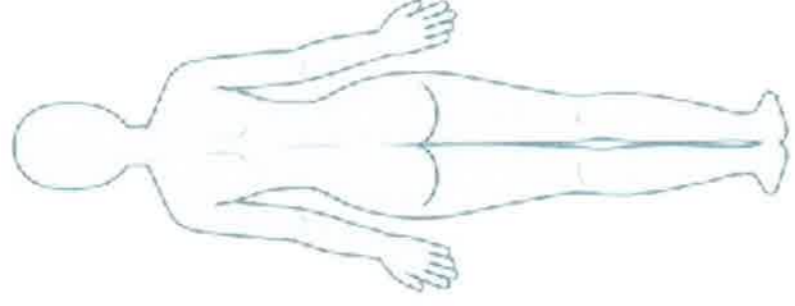
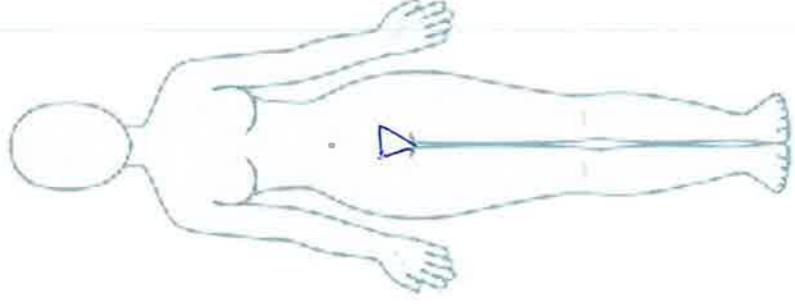
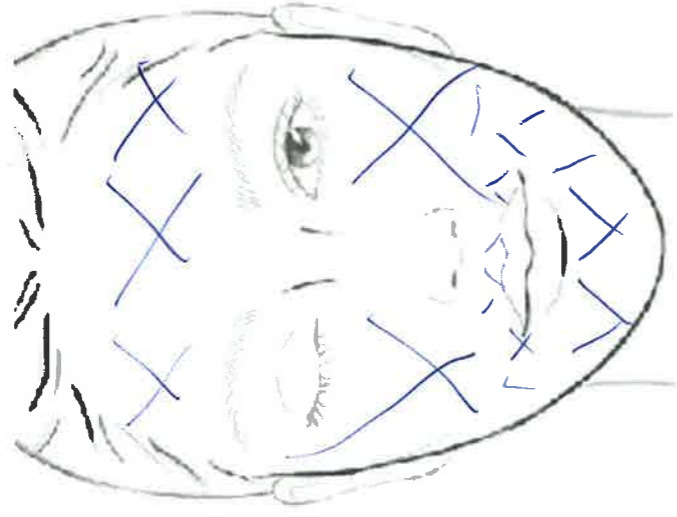
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أفهم انه 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. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس 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 انه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لني. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	19/8/19	29/06/19				
Treatment Area	Full Face + Bikini	Face + Bikini				
Hair Type	Dark, coarse	Medium				
Mode	NDYAG	Face-ALEX				
Fluence	18J/cm <sup>2</sup> , 15J/cm <sup>2</sup>	7J/10ms				
Pulse Type	10	NDYAG - 80ms				
CNT Pulse		15J/18ms				
Passes	1	1				
Starting Time	1:50 PM					
Finish Time	2:30 PM	7:40 PM				
Post Treatment		8 pm				

Therapist Name and Signature ..... *Hessie Jane* .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001095)

Date:19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

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: 19-08-2018

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004241)

Date: 29-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

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

By Cash 577.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-06-2019

Being BIKINI FRONT & BACK + FULL 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 : 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

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

No: REC-005144

AED 2,362.50

RECEIPT VOUCHER

Date: 19-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Sixty Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,362.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

ⲁⲓⲗ ADVANCE FOR 1 SESSION FACIAL 250 + 4 SESSIONS CARBON LASER 800 + 3 SESSIONS MESO FACE 1200 + 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

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

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا Amour بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربون يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستهبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (بقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمزينة بالشمس وحالات أخرى) تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد. إزالة أو تخفيف الشعر الدائم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغية.

. شقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضطر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات. لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتقييمي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتعاش، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : استمرار مؤقت، آثارات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حك، الم،كدمات،التهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و علي ايضا ابقاء عينايا معطقتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ: 2019 / 9 / 19

التوقيع:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005288)

Date:29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 472.50

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2019

Being 1 SESSION FACIAL 250 + 1 SESSION CARBON 200 + 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 : 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006437)

Date:09-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty 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 **420.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2019

Being **MESO 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 : 1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151

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



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007057)

Date: 14-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151**

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty 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 **420.00**

Bank: Cheque No.

Date: **14-01-2020**

Being **meso 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 : **1000856 - AMANI HAIKAL - 971564105151**

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