



Date: 19/8/2018

File Number: 1000863

Patient Name: Shirrie Guarin

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/11/73 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): H (M)

Nationality (الجنسية): Philippine Occupation (الوظيفة):

(M)

Address (العنوان): Samarang

Phone No. (رقم الهاتف): 0557739810

E-MAIL:

How did you know about us:

| 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 FOOD SUPPLEMENT |
| 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 GALL BLADDER STONES MYOMECIOMY - OCT 2017 |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب قنفاؤ 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)، نوبيميا (فقر الدم) | Yes/No لا/نعم |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No لا/نعم |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية 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 MYOMA |
| 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 الأبتز، 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.

SHIRIN S. GURAN
Signature

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

Date: 19/08/2018

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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصاص 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقصدة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و امرت أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو التورم 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 لي في ملفي الصحي صحيح و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفصاح 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: / /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

المؤشرات الحيوية Vital Signs
Weight (الوزن): Kg
Height (الطول): cm
Pulse (النبض): ppm
Blood Pressure (ضغط الدم): /
Blood Type (نوعية 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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

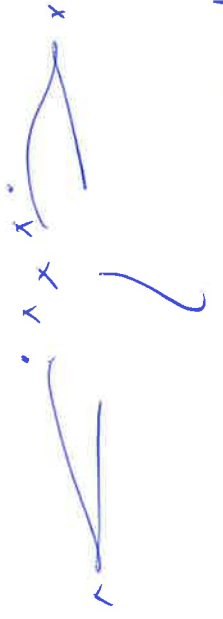
Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

AMOXICILLIN 500mg PPP FOL
ACMP. SCAPS TOP FACS
(4 SUBSANS)



25/11/2018 Botox face



Sander

after com reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT |
|-----------------|---|------------------------|
| 1918 12/9/18 | Advance for PRP for Face 7 LHR UNDERARM | 800 100 |
| 12 09.2018 | 7 لحر OT PRP PRP (DEFINITION) 1 month (DEFINITION) | |
| 1219 | Advance for PRP for face | 840 |
| 1710.2018 | 7 CC OF PRP PRP FACE DEFINITION 2-23 7 LHR UNDERARM and DESIGN | 100 |
| 2511 | 7 LHR axilla 3x4 session 205 / 845 BOTOX (Advance) | 105 105 / 840 / 945 |

د. غوران جويانوفيتش
BALAJI JOYANTOVICH
SIGNATURE
اختصاصي - جراحة التجميل
Dr. Goran Joyantovich
Specialist - Plastic Surgeon
ترخيص رقم: VZ20
DCH License No.: VZ20
مركز الأوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



PPR Treatment Consent Form الموافقة على العلاج بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic. Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

SHARIE S. SUMAN

Date: 19/08/2018

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للتفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و اعادة النضارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة، ويمكن وضع الكدمات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة اذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخوخ الخفيف بينما يتم تحشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب أن تلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال البروفيريا)، امراض الدم و الظل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثال الوارفارين)
- متلازمة خلال الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استمرار تخثر الدم. حالات التعفن الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتوربين و الفلوراين و البيكليفيناك و النابروكسين، أو مستحضرات التجم. أو اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم.

في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... /

PRP Treatment Consent Form اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr.
from Orchid Medical Center. perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

SAMMIE S. GUAN

Date: 19/08/2018

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضارته قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و أن هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.
و أنني قد أحتاج توقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أُجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الإجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى أغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل اراياني.

اسم المريض / التوقيع

..... / /

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO

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 | Shirrie,Sabuelba,, Guarin | IDN: | 784197319583858 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | شيري سابلوبيا جوارين | Card Number: | 084775142 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PHL | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الفلبين | | |
| Issue Date: | 06/08/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 05/08/2019 | Date of Birth: | 20/01/1973 | Sponsor Name: | جوليان ميديكال سولوشنز لاداره المستشفيات ذم م |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 10120112236266 | Residency Expiry: | 05/08/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 3231 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

8/19/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001105

Date: 19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810**The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **840.00** / 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:

Being **ADVANCE FOR PRP FOR FACE**

Made by Ghada

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

Patient's Name: SHARIE GUARIN

File Number: 100863

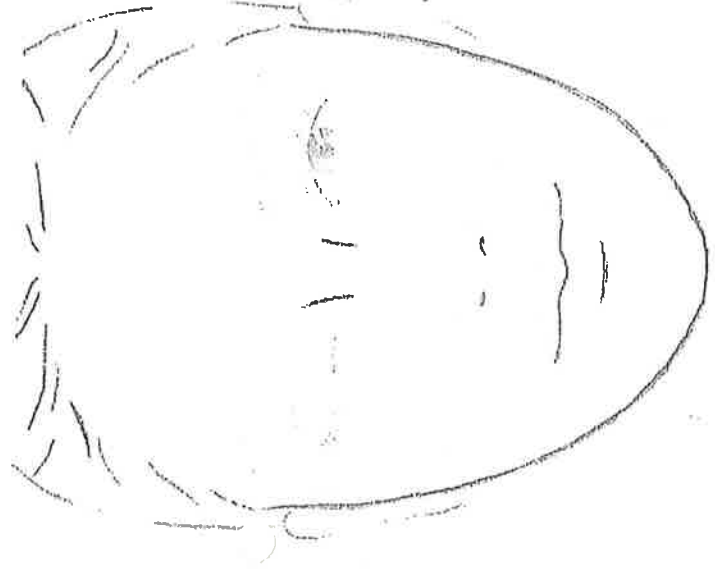
Pain Relief given? Yes / No

رقم الملف

إسم المريض

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



| Treatment Date | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Area | UNDERARM | UNDERARM | UNDERARM | | | |
| Hair Type | DARK, COARSE | DARK, COARSE | DARK, COARSE | | | |
| Mode | DPI | DPI | DPI | | | |
| Fluence | 18 J/cm ² | 20 J/cm ² | 20 J/cm ² | | | |
| Pulse Type | SHORT | SUPERT | SUPERT | | | |
| GNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 2 | 2 | 2 | | | |
| Starting Time | 6:20 PM | 6:15 PM | 6:10 PM | | | |
| Finish Time | 6:30 PM | 6:20 PM | 6:20 PM | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature BESSIE Fournier



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001238)

Date: 12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-09-2018

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

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001236

Date: 12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **840.00** / 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:

Being **ADVANCE FOR PRP FOR FACE**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

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001235)

Date:12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty 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 **840.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-09-2018

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

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001468

Date: 17-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

The sum of Dhs. Eight Hundred Fourty Only

By Cash 840.00 / 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:

Being ADVANCE FOR PRP FOR FACE

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001469)

Date:17-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-10-2018

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

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001467)

Date:17-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty 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 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-10-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001798)

Date:25-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2018

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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001800)

Date:25-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000863 - SHIRRIE GUARIN - 971557739810

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2018

Being

Made by Ghada

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