



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 25/08/2018

Patient Name: Victoria Baranova

File Number: 1.a.a.9.a.6.9

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 02/07/86 Gender (الجنس): M / F

إسم المريض: married

Nationality (الجنسية): Ukrainian

Marital Status (الحالة الاجتماعية): married

Address (العنوان): Gorniche, Al midfa Building

Occupation (الوظيفة): Director of Sales in Red Castle Hotel

Phone No. (رقم الهاتف): 0559463136

E-MAIL:

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History

Medical Condition	الحالة الطبية	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؟		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 شغاف 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 أمراض يولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems لل سيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مائع 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحلاّ البسيط		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: ١٨ / ١٠ / ٢٠١٨

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 نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب السعال باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المتقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي لي، مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف 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 لي تفصي الملق صحفية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن 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: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

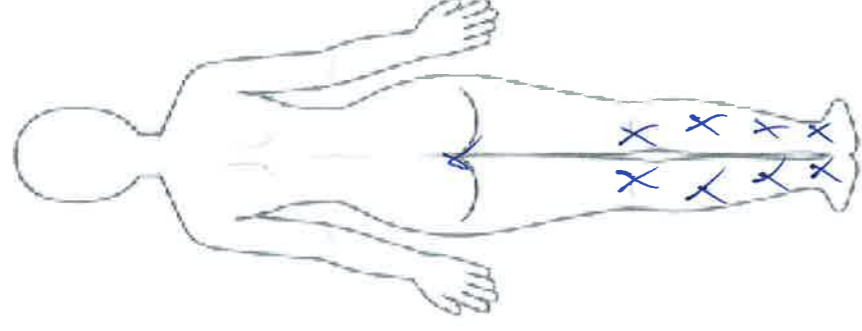
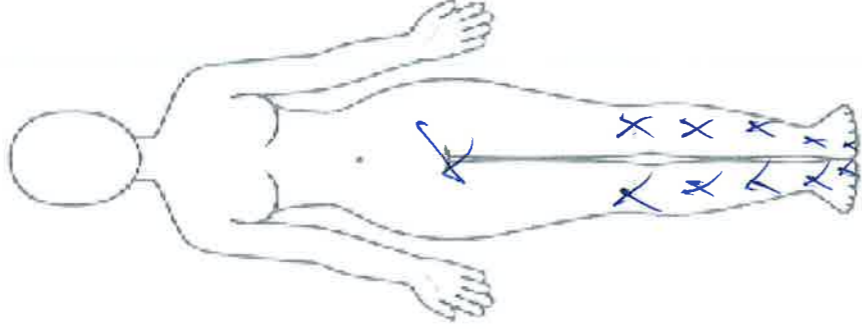
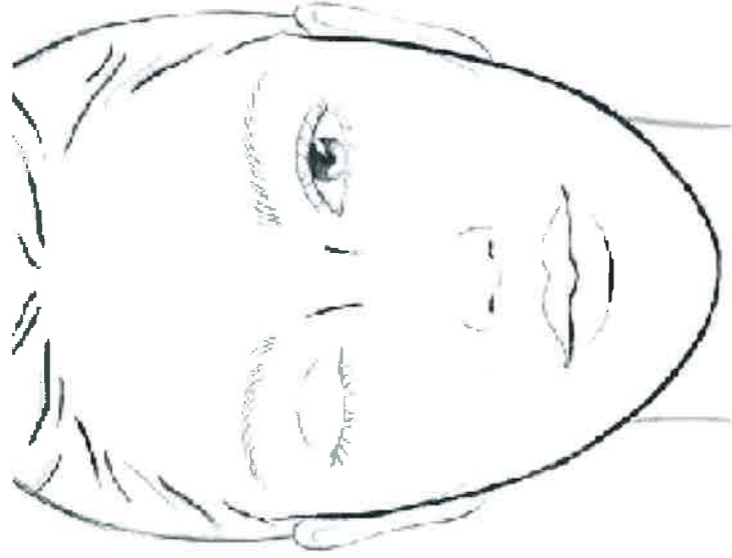
Doctor's Signature and Stamp

.....

Victoria

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

1000869



Tanned bikini

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/11/19	18/12/19	1/03/20	16/03/20	27/5/20	
Treatment Area	Bikini line Soft / Dec.	Bikini Soft / Thin	Same Thin / Med	1/2 legs Med / Dark	1/2 leg Bikini	
Hair Type						
Mode	870-5ms	Alex	Alex: 16	Alex	Alex 20	
Fluence					712ms	
Pulse Type					Bikini up	
CNT Pulse		8J/10ms	9J/12ms	8J/13ms	711ms	
Passes	1					
Starting Time	3:10pm	2:30pm	2:45pm	2:45pm	15:15-16:15	
Finish Time						
Post Treatment	Hummed Cool	HIRUDOID	Shels Tanned	HIRUDOID Tanned skin and Shaving Irritation	HIRUDOID Tanned	

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Viktoriya,,,Baramovska	IDN:	784198683029460	Mother Name:	
Name (Ar)	فيكتوريا,,,باراموفسكا	Card Number:	082476905	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	UKR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	أوكرانيا		
Issue Date:	12/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	08/03/2019	Date of Birth:	02/07/1986	Sponsor Name:	مفتوح انواع الشرطة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	301201702027402	Residency Expiry:	08/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/25/2018



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

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نديوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الراكوتان/اليسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/ No	هل استخدمت ريشين أي أو منتجات حصف الهايدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No/ Yes	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes/ No	حتى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضة تسمير؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes/ No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes/ No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلاوات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها ليرشك حاليا؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes/ No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes/ No	للسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I...
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

Victoria

Date
2018/08/25

أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر التوتو.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قريبا على انهاء الشعر.

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى اخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتمزام المرضي بتعليمات العلاج قبل وبعد الطسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريعات و إزالة الشعر بالشمع و الكي 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 أسابيع على الأقل.

- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاج و الحساسيه و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الراكوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم انه برغم التغيير الذي قد يحدثه 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 ستلافي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر انه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاستئنا إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008165)

Date:16-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

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

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-03-2020

Being 1 session half legs + 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 : 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

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

Patient's Name: **Victoria Baranovska**

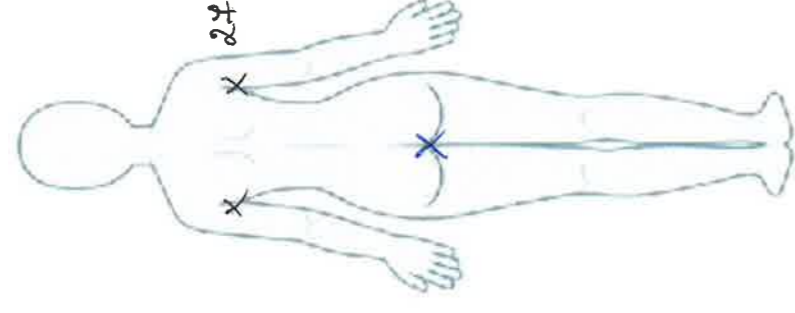
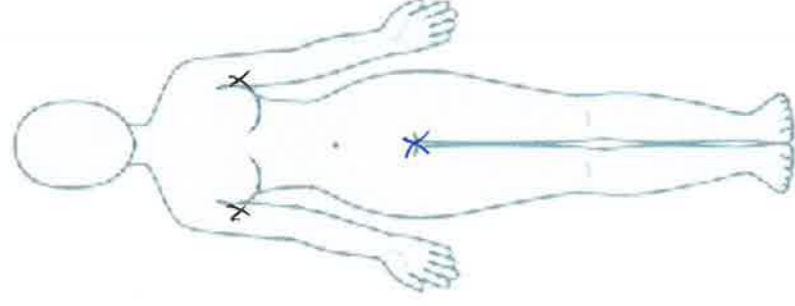
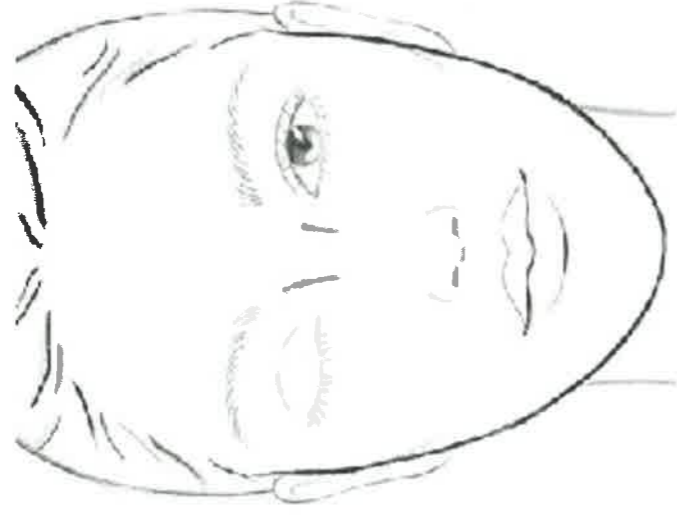
اسم المريض: **Victoria Baranovska**

File Number:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



27/9/18

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/08/18	27/9/18	11/11/18	23/12/18	17/12/19	12/10/19
Treatment Area	Bikini Coarse	Axilla Dark	Axilla FDP/6H2	Bikini FDP/6H2	Bikini Alex (Spot)	Bikini Alex
Hair Type						
Mode	FDP	FDP	FDP	FDP	FDP	FDP
Fluence	8 J/cm ²	24 J	24 J	11/15	8/13	8/10ms
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes		2 pass				
Starting Time	3:45 pm	4:20 pm	4:15	12:10 N	2:15	11:30 pm
Finish Time	3:55 pm	4:35 pm	4:35	12:00 N	fluicent	fluicent
Post Treatment						

Therapist Name and Signature 



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001117)

Date:25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VIKTORIYA BARANOVSKA - 971559763136

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

By Cash **367.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2018

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

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001327)

Date:27-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971559763136

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 27-09-2018

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

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001576)

Date: 01-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971559763136

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: **01-11-2018**

Being

Made by **SARA**

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002031)

Date:23-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 23-12-2018

Cheque No.

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

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002672)

Date:17-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 17-02-2019

Being BIKINI LASER AND UNDER ARMS LASER

Made by Rana

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005489)

Date:12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 12-10-2019

Being UNDER ARMS(HR) + 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 : 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005972)

Date:14-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2019

Being **for 6 sessions bikini + 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 : 1000869 - VICTORIYA BARANOVSKAYA - 971565551561

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