



Date 29/12/2018

File Number: 100891

Patient Name: Mohammad A. Ambar

إسم المريض

Date Of Birth 19/10/1984 (تاريخ الميلاد) M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0502442215

E-MAIL: How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية 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؟	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 قفص 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) ليمفوما	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 السيدات : 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق 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 وأسجد الطبيب 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 ترويدي
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 المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم
خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تخمين لتتلعج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية
المتقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات
كالإصابة أو التورم أو النزيف 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 قدتم لي تقديمه الملقب صحيحة و
أتفهم ان اي معلومات تتطابق بحالتي الصحية ستتبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و أن هذا التعديل قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل اراضي

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

التاريخ: ... / ... / ...

File No:

Date: / /

سقالة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs
الوزن (الوزن): Kg
الطول (الطول): cm
النبض (النبض): ppm
ضغط الدم (ضغط الدم): /
نوع الدم (نوعية الدم):
سكر الدم (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للحياة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

العقاقير (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المشعيات الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

د. غوران جوانو جيتيش
 Dr. Goran Jovanovic
 اخصائي - جراحة التجميل
 SPECIALIST SURGEON
 MOH License No.: V220
 مركز اوركيد الطبي
 Orchid Medical Centre

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE
2/9/18	LHR BEARD WAXES + NECK (BACK)	300	
26/9/18	LHR Facial wax + neck front & nape	300	Beu
4/11/18	LHR BEARD WAXES + NECK FRONT & BACK	300	
8/12/18	LHR BEARD WAXES + NECK FRONT & BACK		Bless
13/1/19	LHR BEARD WAXES + NECK FRONT & BACK		Moxne
14/2/19	LHR BEARD WAXES + NECK FRONT & BACK		Bless
8/4/19	LHR BEARD + NECK + NAPE		Beu
10/4	Carbon Laser Done	700	
27/4/20	2 Session Remaining Carbon Laser Done		Beu
18.5.19	Carbon Laser Done		Beu
26/06/19	LHR Beard + nape. (Dek) Neck		Beu
22/10/19	LHR Beard + Nape + Neck (Dek)		Beu
1/2/20	LHR beard + full neck		Beu
19/5/20	LHR Beard + Neck + Nape		Beu

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V226
 مركز اوركيد الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V226
 مركز اوركيد الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V226
 مركز اوركيد الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V226
 مركز اوركيد الطبي
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

Public Data Readed Succ

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	Mahmood,Mohammed,Ibrahim,Qambar,	IDN:	784198409696816	Mother Name:	Jawaher Hassan Darwish
Name (Ar)	محمود محمد إبراهيم قمبر	Card Number:	068323276	Mother Name (Ar):	جواهر حسن درويش
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	202004494
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	27/04/2014	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	27/04/2019	Date of Birth:	19/10/1984	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

9/2/2018



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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف 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 , عديمة 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 جدر؟ 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 Isotritonine 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 Hydrocuenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف 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?	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة شمسية؟
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 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

... / ... /

الاسم و التوقيع

التاريخ

20/11/2014

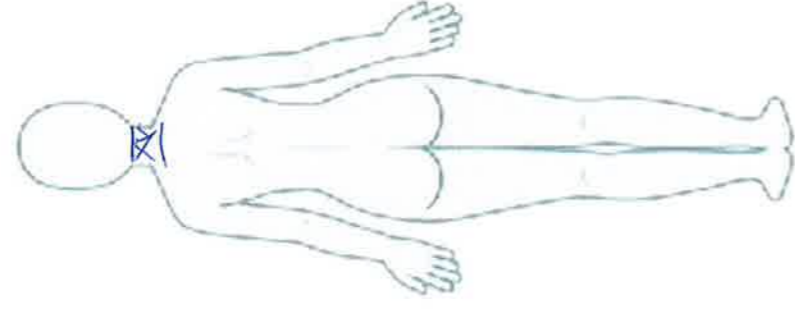
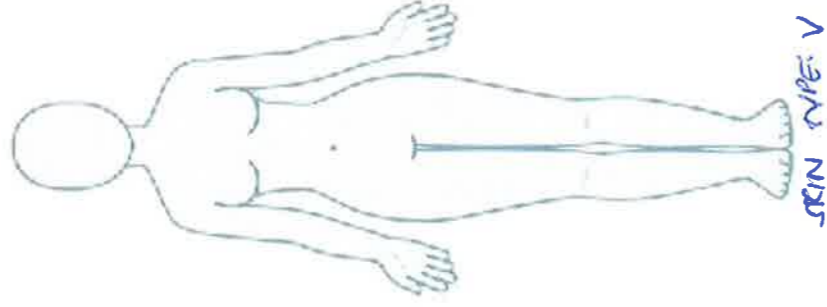
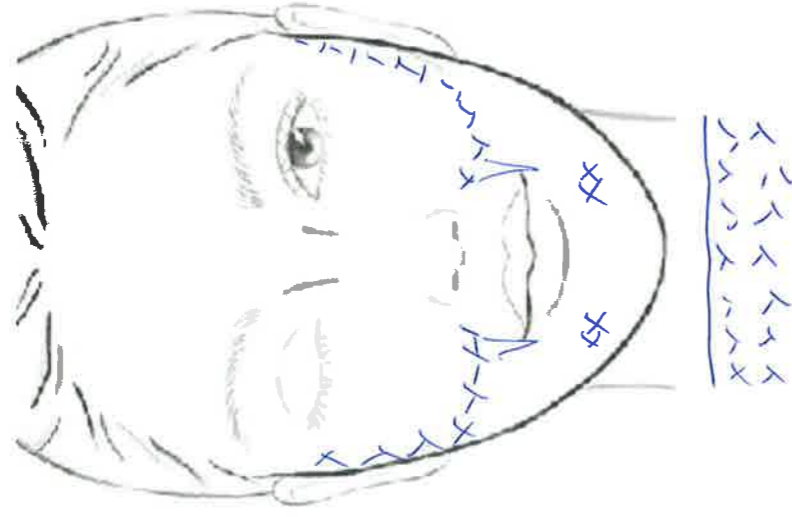
أقر أنا بموافقتي على إجراء العلاج بالليزر لإزالة الشعر غير المرغوب فيه في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المنفوخ.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت 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.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحية 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 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصفيف ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
- أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لمي و أمني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرمي في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Patient's Name: Mahmoud Sambar اسم المريض
 File Number: 1000891 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

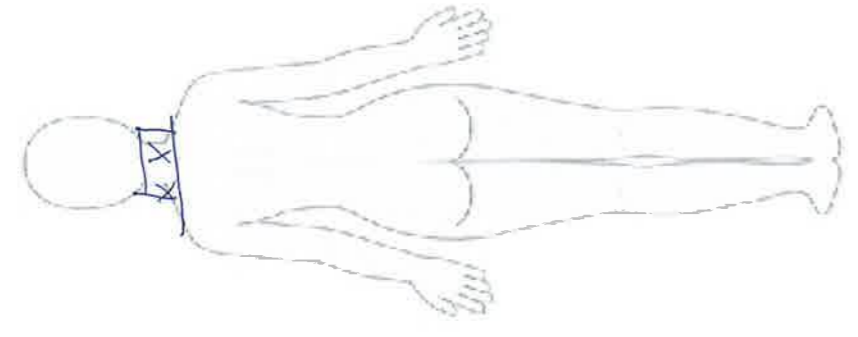
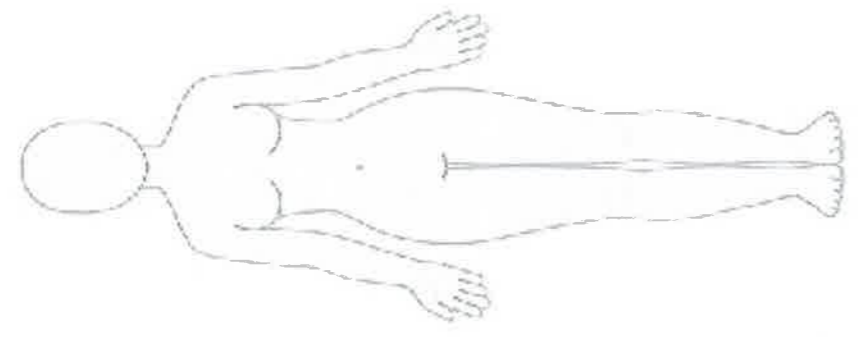
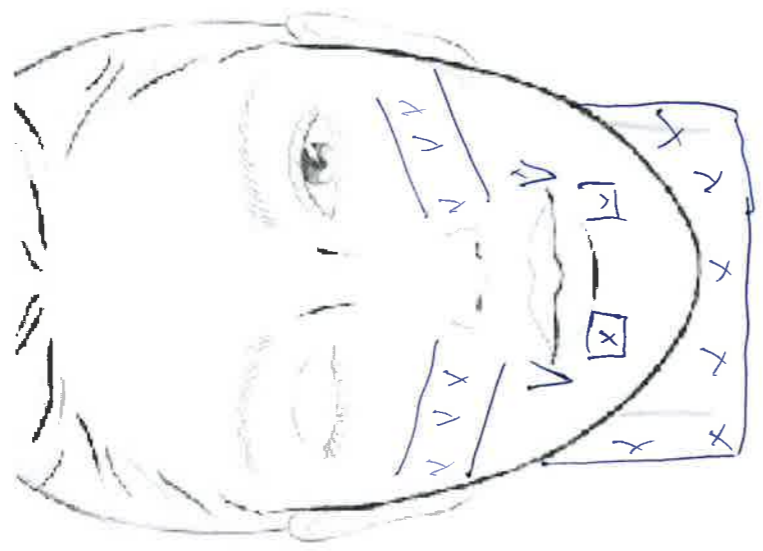


SKIN TYPE: V

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/9/18	26/9/18	5/11/18	8/12/18	13/1/19	14/2/19
Treatment Area	BEHIND EARS + NECK (SPAX)	BEHIND LINE	SPAXIE	SPAXIE	SPAXIE	SPAXIE
Hair Type	DARK, COARSE	DARK, COARSE	DARK, WAVE	NDYAG	NDYAG	NDYAG
Mode	DPL	DPL	DPL	NDYAG	NDYAG	NDYAG
Fluence	10J/cm ² , 14J/cm ²	12J/14J	14J/cm ²	14/20	14/18	14/18
Pulse Type	BURST	BURST	BURST	SPOT=20	SPOT=20	SPOT=20
CNT Pulse						
Passes	2	2	2	1	1	1
Starting Time	5:45 PM	6:10 PM	7:50 PM	6 PM	6:50 PM	6:30 PM
Finish Time	6:10 AM	6:30 PM	8:20 PM	6:15 PM	7:20 PM	7 PM
Post Treatment	FUCICONT	FUCICONT	FUCICONT	FUCICONT	FUCICONT	FUCICONT

Therapist Name and Signature AESKIE اسم المعالج

Patient's Name: **MAHMOOD SAMBAR**
 File Number:
 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	8/21/19	26/06/19	02/09/19	22/10/19	11/2/20	19/5/20
Treatment Area	BEARD + NECK + HAPE THICK/DARK.	Same, Medium.	Same, Soft.	Same, Soft/Dark-	Same, Medium/Dark.	Same, Med/Soft.
Hair Type		NDYAG.	NDYAG.	NDYAG.	Yag (16).	NDYAG.
Mode						
Fluence	14 18	14J 16ms	13J 15ms	Spot: 16.	15J 18ms.	14J 17ms.
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	18J 17ms.	1 pass.	1.
Starting Time	6 pm	6:15 pm	6:40 pm	1.	6:30 pm	1:30 pm.
Finish Time	6:30 pm	6:30 pm.	7 pm	7 pm.	Hirudoid	HIRUDOID.
Post Treatment	fuunt	HIRUDOID.	HIRUDOID.			

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001164)

Date: 02-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-09-2018

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001325)

Date:26-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-09-2018

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001608)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001911)

Date:08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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: 08-12-2018

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-002311)

Date:13-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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: 13-01-2019

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002657)

Date:14-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-02-2019

Being BEARD LINE+NECK 300DHS + VAT

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003280)

Date: 08-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-04-2019

Being BEARD LINE + NECK + 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 : 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003299)

Date: 10-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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

By Cash 735.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-04-2019

Being CARBON PEELING 3 SESSION + 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 : 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004211)

Date: 26-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-06-2019

Being **BEARD LINE + NECK + 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 : 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004951)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215**

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-09-2019**

Being **BEARD LINE + NECK + 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 : **1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005609)

Date:22-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-10-2019

Being BEARD LINE + NECK (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 : 1000891 - MAHMOOD QAMBAR - 971502442215

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