



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 10/9/2018

File Number: 1000923

Patient Name: Rana Shehadeh

إسم المريض:

Date Of Birth: 7/7/1985 تاريخ الميلاد: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): Ameri.ca

Address: (العنوان): Sha.rah

Phone No. (رقم الهاتف): 509889876

E-MAIL: How did you know about us: 00000

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل 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 سترويدات 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 شعف 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) لنيميا	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 في الكلى أو الأمراض يولية 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، 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 السكر، أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم
Other conditions مثل أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، 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 و أسمح للطبيب بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الدؤول.

أنتقم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل.

أنتقم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما نكره 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 تأمين بنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أنتقم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أنتقم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.


و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية

أنتقم 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 قسحي الملف الصحية و أنتقم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا القرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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


10...9...2011

File No:

Date: / /

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Weight (الوزن): 65 Kg
Pulse (النبض): ppm

Vital Signs المؤشرات الحيوية
Height (الطول): 166 cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة الدم):
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للحيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أبحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تخاطي الكحول): Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Rana Ahmad,Shehadeh	IDN:	784198514942931	Mother Name:	
Name (Ar)	رنا احمد شحده	Card Number:	081365434	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	USA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المتحدة الأمريكية		
Issue Date:	24/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/12/2018	Date of Birth:	20/07/1985	Sponsor Name:	أشرف هارون رفيد ابو يعقوب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	23871600
Residency Type:	03	Residency Number:	30120013001131	Residency Expiry:	20/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/10/2018

File No:

Date: / /

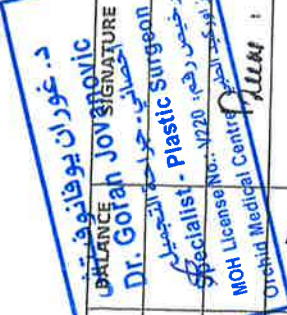


Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Renee

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	PHYSICIAN SIGNATURE
10/19/18	1HR FULL BODY WITHOUT FRONT & BACK	800	 Dr. Goran Jovanovic Specialist - Plastic Surgeon MOH License No. 4220 Orchid Medical Center
8/10/18	1HR Full Body 20g/SHORT x 2 pass. (paid 200 advance)	950	
15/1/18	1HR FULL BODY WITH FRONT & BACK	1000	New
15/2/18	1HR Full body with front & back	1000	
22/1/19	1HR FULL BODY PLUS		
30/1/2019			
	Free Coupon for Scallio & polishing		Dr. Deha
7/2/19	CARBON PEELING DONE FR 300, BR700, PP 850		
9/3/19	1HR FULL BODY + (PEEL)	1000	
6/5/19	1HR Full Body +		 Dr. Wasam Marwan Al Tabbar Dermatologist MOH License No. 4220 Orchid Medical Center
26/5/19	1HR full front & back		
12/10/19	1HR Full body (Celca)		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbar Dermatology Specialist MOH License No. 4220 Orchid Medical Center
17/12/19	1HR Full body (Deka)		
20/2/20	1HR full body +		Be



precisely Kindly Answer the following questions

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 الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ 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/الإيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinone on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك 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 منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ 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 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/ Shariah 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 Rana Shehadeh

Date 10/19/2018

أقر أنا بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر. امتصت قدرتها على إنداء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني 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.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أتفهم 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. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. قد يفسر أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و يصبح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاستئناس الى المعالج المختص و أني 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 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007753)

Date: 20-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: 20-02-2020

Being 1 SESSION FULL BODY + 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

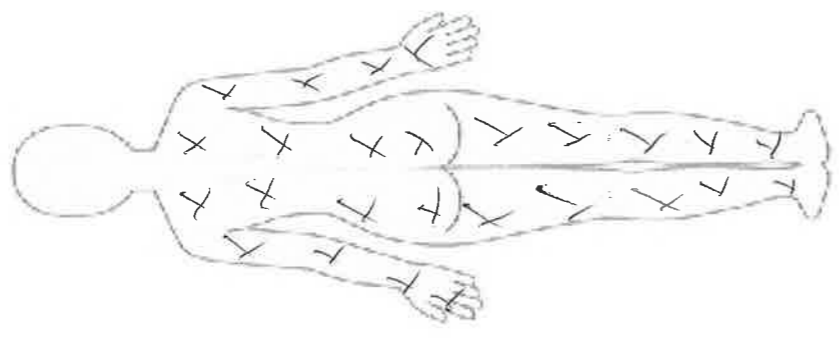
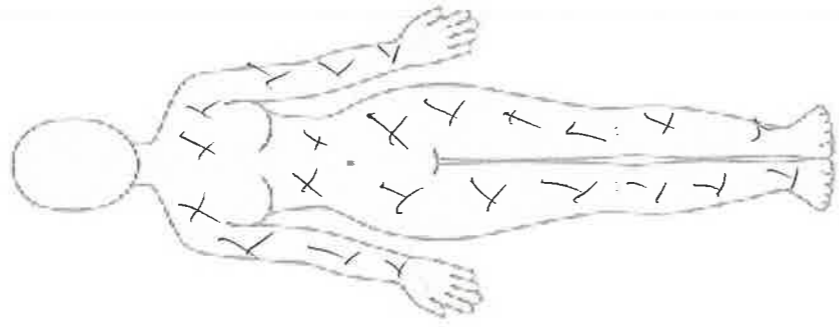
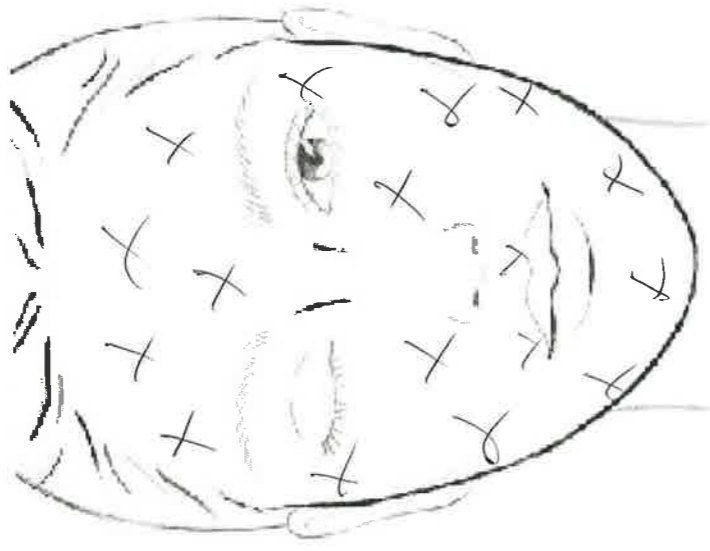
Confirmed by : 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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

20/02/2020
Disc
S

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

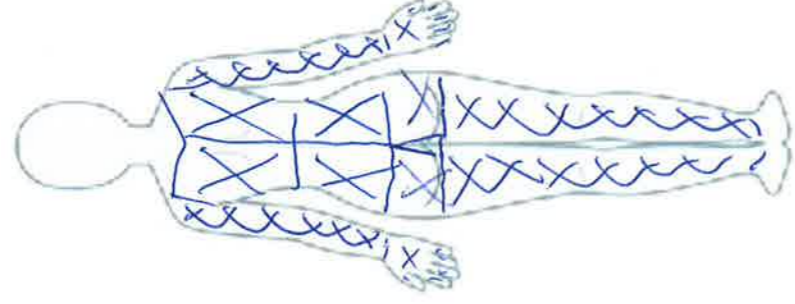
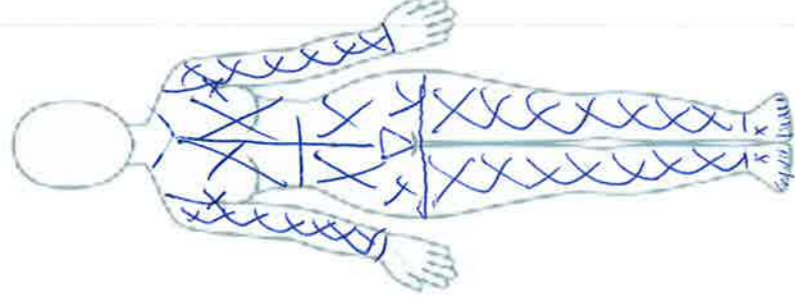
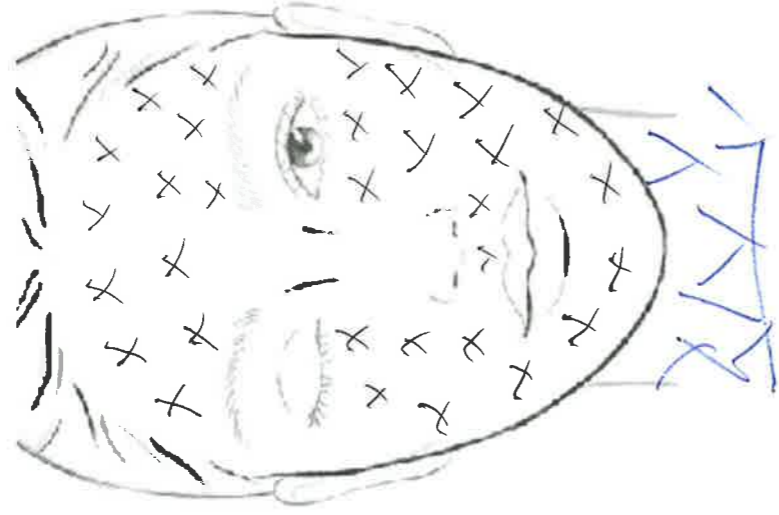
1000923



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	6/5/19.	26/8/19	12/10/19	17/12/19.	20/2/20.	
Treatment Area	Full body +	Front & Back	full body	Full body	full body	
Hair Type	Slim Dark	Soft hair/D	Soft LD	Soft	Soft LD	
Mode	Alex 7/10-12	ND Yang	Alex 20	Alex: 20.	Alex 20.	
Fluence	(20 sps)	18/15 mos	9/10-5ms.	87/10ms.	9/10 ms	
Pulse Type	Bikini	13/18.m	Bikini 14/18mi.	B.kini-14/17	8/10 ms.	
CNT Pulse	1	1	1	1	1	
Passes	1	1	1	1	1	
Starting Time	12.30pm	3.15	5pm	7pm	B.kini 14/18mi.	
Finish Time	1.00pm	3.45pm	6pm	8pm	5pm	
Post Treatment	Green	Blue	Blue	Blue	6.20pm	

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Rana Shehadeh :اسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تقييم و الموافقة
 Pretreatment photography taken? Yes / No :التصوير قبل المعالجة



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/9/18	8/10/18	15/11/18	15/12/18	22/1/19	9/3/19
Treatment Area	FULL BODY	Full Body	FULL BODY	Full Body +	FULL BODY	FULL BODY +
Hair Type	DARK, COARSE	DARK COARSE	DARK	Dark	MEDIUM	THIN
Mode	DPI, FDP	DPI FDP	DPI, FDP	DPI FDP	DPI, FDP	AUX, ND/AE
Fluence	16J/cm ² , 6J/cm ²	20J 6J	20J/cm ² , 6J/cm ²	22J 6J	22J, 7J	6-7J/10 - 17-15J/13
Pulse Type	BURST, SHORT	SHORT SHORT	SHORT	BURST	BURST, SHORT	
CNT Pulse						
Passes	1-2, 1	2 PULS	2, 1	2, 1	2, 1	1
Starting Time	1:10 PM	1:45 PM	1:10 PM	12:30 PM	2:30 PM	1:20 PM
Finish Time	3:15 PM	3:30 PM	3:36 PM	2:35	4:50 PM	2:10 PM
Post Treatment						FLUENT

BESSIE

Therapist Name and Signature BESSIE

BESSIE



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001210)

Date: 10-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

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

Bank: Cheque No.

Date: 10-09-2018

Being

Made by ~~Ghada~~ Sarah

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001401

Date: 08-10-2018

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

The sum of Dhs. Two Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR FULL BODY PLUS LHR

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001400)

Date: 08-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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

By Cash 107.50 / By Credit Card 890.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-10-2018

Being

Made by Ghada

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

www.omc1.ae



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001718)

Date:15-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: 15-11-2018

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

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001961)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: 15-12-2018

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002445)

Date: 28-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: 28-01-2019

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-002575)

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 07-02-2019

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

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002896)

Date:09-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: **09-03-2019**Being **FULL BODY PLUS + VAT**

Made by Rana

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



مركز أوركيديك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003607)

Date: 07-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: 07-05-2019

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004853)

Date: 26-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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: 26-08-2019

Being FULL BODY PLUS + 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 : 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006565)

Date:17-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-12-2019

Being 1 session full body + 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 : 1000923 - RANA SHEHADEH - 971509889876

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