



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

مركزنا... إبتدأنا... جعلنا  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 17/2/2018

File Number: 1000952

Patient Name: S.vefana Muntean

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 26/06/1986 Gender (الجنس): M / F

الحالة الاجتماعية: (Marital Status)

Nationality (الجنسية): Moldavia

الوظيفة (Occupation):

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0508807185

E-MAIL:

How did you know about us:

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 نعم/لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مخثرينات أو مخثطات للشفاء؟	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 قلبه، حمى روماتيزم، 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 الترقيق أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) إنيميا	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 للإناث: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 أخرى	Yes/No لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other conditions MSU, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحبال اللينة، ...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 of 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 إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بإجراء حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوقيع.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تلبية احتياجات العلاج الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما ذكر في الفحص الأولي و الذي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب الصالح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أفهم أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لتوقعات العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية القادمة لي، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو الألام أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تفصي السلف صحيحة و أفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.
- أفهم أن نصيحتات و تعليمات الطبيب و هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و لدي وقت على كامل ارادتي

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



التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment

المؤشرات الحيوية  
Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (Drugs): Y / N

ملاحظات عامة و سريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المشور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





precisely Kindly Answer the following questions تجرعي الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف لثوب بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	No
Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/No هل تناولت عقار الاكيتان/ الايزوترتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	No
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتف أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ ..... هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently? .....	No
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	No
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	No

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  
.../.../...

أقر أنا ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر الشفوي. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر تعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفتق و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكمي و إنني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

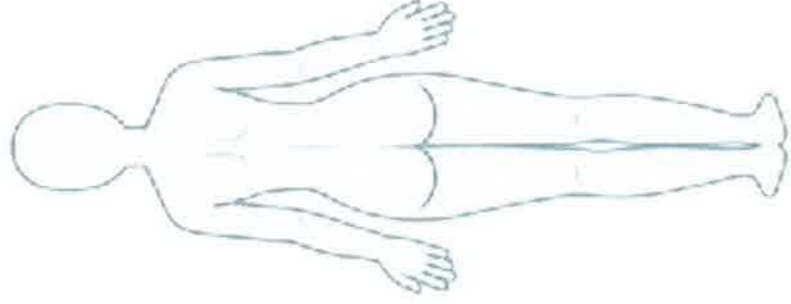
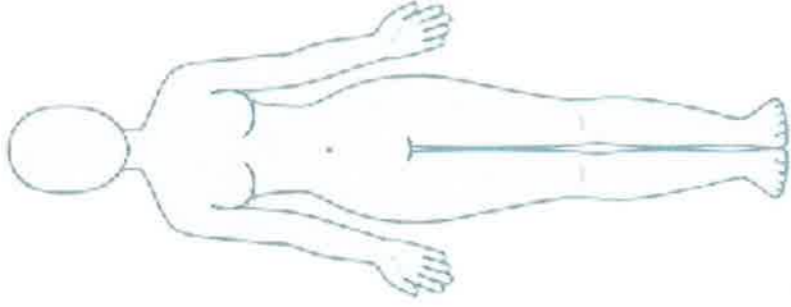
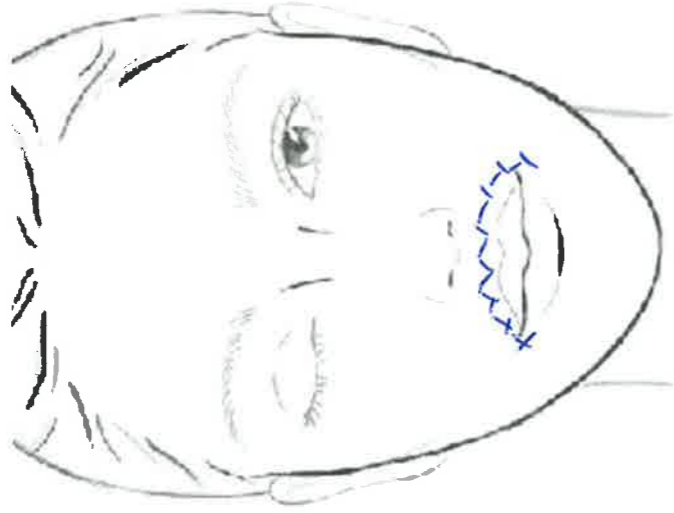
أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
  - الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
  - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
  - الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
  - أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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 الي عدة أيام بعد العلاج. نقص 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 أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عموري و حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ  
.../.../...

Patient's Name: 8 v.e.l.a.w.a Muntaha .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

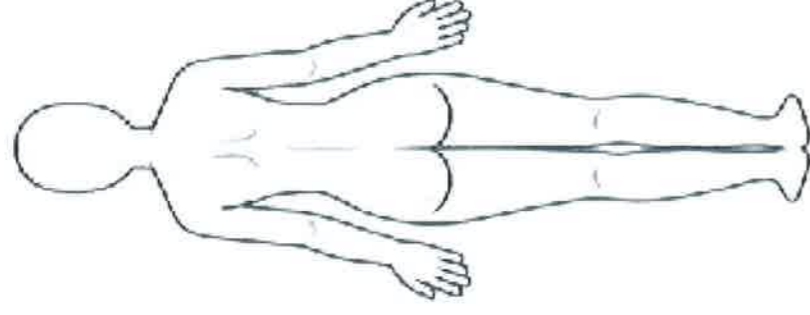
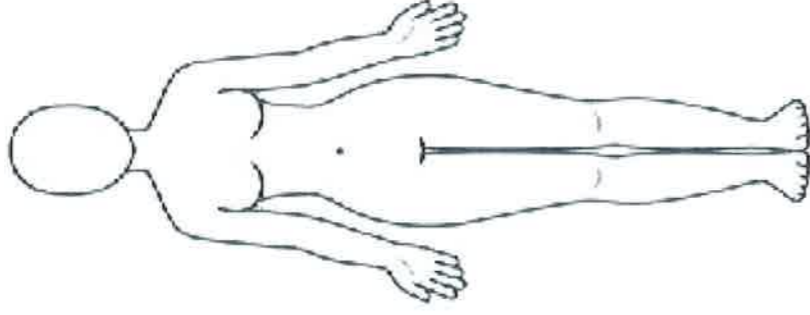
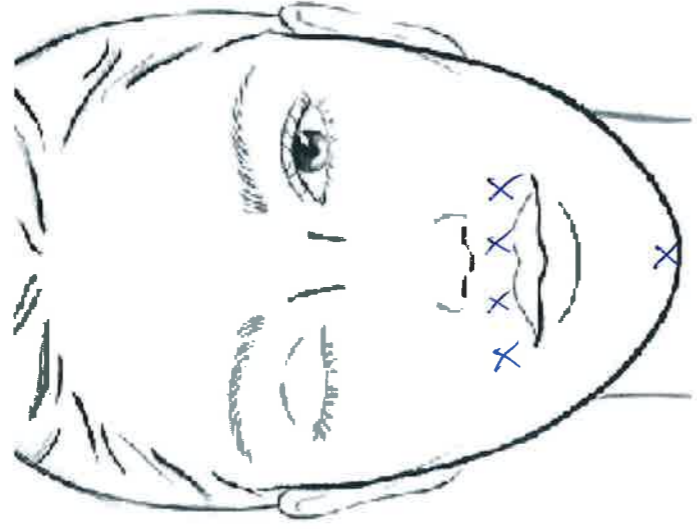


SKIN TYPE: 111

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	17/9/18	5/11/18	8/12/18	13/1/19	14/2/19	26/6/19
Treatment Area	UPPER LIP	UPPER LIP	U-LIP	U-LIP	UL	UL
Hair Type	DARK	DRY	MEDIUM	MEDIUM	MEDIUM	SOFT
Mode	DP-L	DP-L	ALEX	ALEX	ALEX	ALEX
Fluence	16J/cm <sup>2</sup>	16J/cm <sup>2</sup>	7/15	7/12.5	7/12.5	7/9.5
Pulse Type	SHORT	SHORT				
CNT Pulse	2	2	1	1	1	1
Starting Time	8 AM	7:50 PM	6:15 PM	6:45 PM	6:45 PM	6:35 PM
Finish Time	8:10 PM	8:10 PM	6:35 PM	6:50 PM	6:40 PM	6:40 PM
Post Treatment			RECOVERY			

Therapist Name and Signature BLESSIE JAMES.....

Patient's Name: S. V. Athaleya تاسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 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	02/09/19	22/10/19	7/12/19	1/2/20	19/5/20	
Treatment Area	U.L	U.L	UK	upper lip	Same	
Hair Type	Soft	Soft	Soft	Soft		
Mode	ALEX	Alex	Alex 20	Alex (16)	Alex	
Fluence	9-5ms	Spot: 16	9/10ms	10/19.5ms	9/19.5	
Pulse Type	8/9.5ms					
CNT Pulse		13/10ms	1	1 pass		
Passes	1				1	
Starting Time	7 pm	7:10 pm	2 pm	6:30 pm		
Finish Time	7:10 pm					
Post Treatment			Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid	

Therapist Name and Signature .....



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	Svetlana,Munteanu,,,	IDN:	784198629857602	Mother Name:	
Name (Ar)	سفيكلانا مونتيان ,,,	Card Number:	078688009	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MOA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مولدانيا		
Issue Date:	02/06/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/03/2019	Date of Birth:	26/06/1986	Sponsor Name:	حميد حريش الوصلطه التجاريه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120137036595	Residency Expiry:	02/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/17/2018



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001272)

Date:17-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetlana muntean - 971506666666

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-09-2018

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

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001609)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetiana muntean - 971508807185

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001910)

Date:08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / 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 أوركيك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002312)

Date:13-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetiana muntean - 971508807185

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002658)

Date:14-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 14-02-2019

Being **UPPER LIP 50DHS + VAT**Made by **Hiba**

---

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003279)

Date:08-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000958** - svetlana muntean - 971508807185

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

By Cash **52.50** / 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 **UPPER LIP (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 : **1000958** - svetlana muntean - 971508807185

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004212)

Date:26-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000958** - svetlana muntean - 971508807185The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / 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 **UPPER LIP + 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 : 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004952)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000958** - svetlana muntean - 971508807185

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

By Cash **52.50** / 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 **UPPER LIP + 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 : **1000958** - svetlana muntean - 971508807185

---

**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005610)

Date: 22-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

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

By Cash 52.50 / 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 UPPER LIP (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 : 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

**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 أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006386)

Date: 07-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000958** - svetlana muntean - 971508807185

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

By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-12-2019

Being **UPPER LIP + 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 : 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

---

**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008900)

Date: 19-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 19-05-2020

Being 1 session upper lip + 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 : 1000958 - svetlana muntean - 971508807185

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