



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنجاب... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 20/5/2018

File Number: 1000972

Patient Name: May Sara Marie

اسم المريض:

Date Of Birth: 20/5/1978 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية):

Nationality (الجنسية): Jordanian

Phone No. (رقم الهاتف): 0505605709

Address (العنوان): Shoufah

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

الدالة 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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو محبطات للمناعة؟	No	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لويميا	No	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، الأمراض الأخرى	No	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	No	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للصيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	No	No
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	No
Peptic ulcers, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	No
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا المسبب HIV...etc	No	No

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 اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي
بأفضل العلاج والأمن و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يتكثف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص
الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم
خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لتفويض العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية
المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالإصابة أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قسنته لي شخصي الملف صحيحة و
أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستتبقى سرية تماما و لا يمكن الإفصاح عليها دون
موافقتي
- أقر ان فهمي للمعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا الأقرار قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بتمام ارادتي

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



التاريخ: ٨ / ٢٠١٨

File No:

Date: / /

Patient Assessment

Weight (الوزن): Kg Vital Signs المؤشرات الحيوية
Pulse (النبض): ppm Height (الطول): cm Blood Type (مصلحة الدم):
Blood Pressure (ضغط الدم): / Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /








Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp:

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT / BALANCE / SIGNATURE
20/9/18	LHR Full body	 Dr. Goran Plastic Surgeon MOH License No.: 1720 Orchid Medical Centre
8/10/18	RETOUCH LHR (SMALL AREA - FACE) NEAR TO BEAUTY MARK	950
4/11/18	LHR full body	850
30/11/18	LHR Face only (Full body Pending)	950
11/2/19	LHR Full body	150
19/2/19	LHR 1/2 FACE	
1/5/2019	Laser consultation. Plan: FRF + PRP she doesn't interested in fill or thread	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre
15/1/19	LHR, FACE & BIKINI	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre
	3 Full Face + 3 Bikini Session Remaining 2 Session	
17-6-19	Remaining 1 session	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre
10/9/19	LHR 1/2 face deka Cptg	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre
15/1/20	LHR full body deka	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre
6/4/20	LHR full face, bikini axilla	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre

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	Maysaa,Jamal,Mohd.,Marie	IDN:	784197820261952	Mother Name:	
Name (Ar)	ميساء جمال محمد رزقي	Card Number:	079059802	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الاردن		
Issue Date:	30/06/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	25/06/2019	Date of Birth:	30/05/1978	Sponsor Name:	هاني جهاد محارب الطيمي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	74958569
Residency Type:	03	Residency Number:	30120133019016	Residency Expiry:	25/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/20/2018



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 الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط 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 الاكوتان/اليسوتريونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنشف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	عنى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة 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 أو 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

Date/...../.....

أقر أنا بصحة... جمال... معرفتي
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشهور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قريبها على انهاء الشعر. وأفهم أن 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 اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 6-4 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اصلاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم 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 الى عدة أيام بعد العلاج. تقص 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 أتيتك لي الفرصة للإستشارة و توجيه الإستشارة الى العلاج المناسب و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة واني أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع
.....

التاريخ

...../...../.....

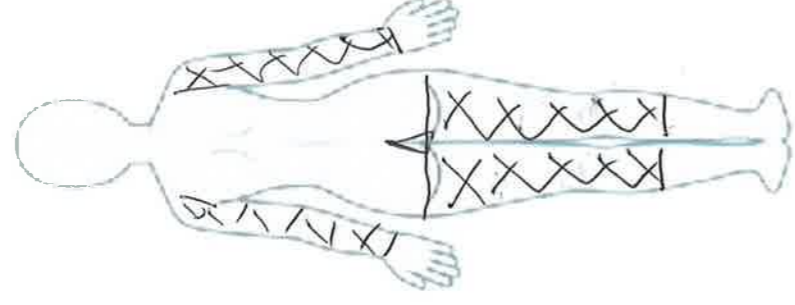
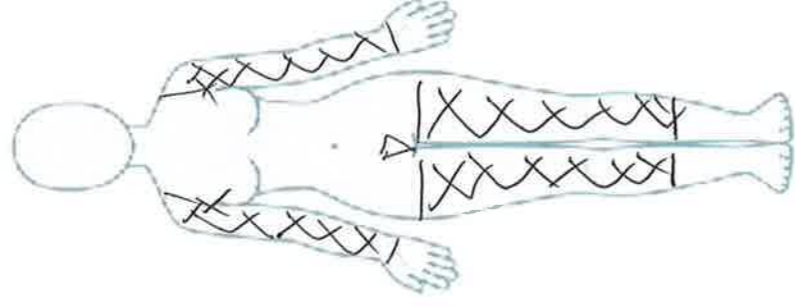
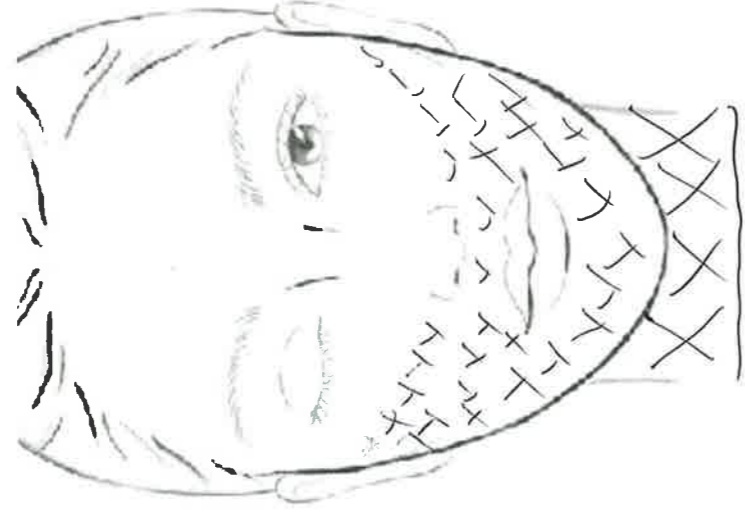
Patient's Name: Maysaa Maeie اسم المريض:

File Number: 972 رقم الملف:

Pain Relief given? Yes / No Yes تخفيف الألم: Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes التقييم والصيغة: Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No Yes التصوير قبل المعالجة: Yes / No

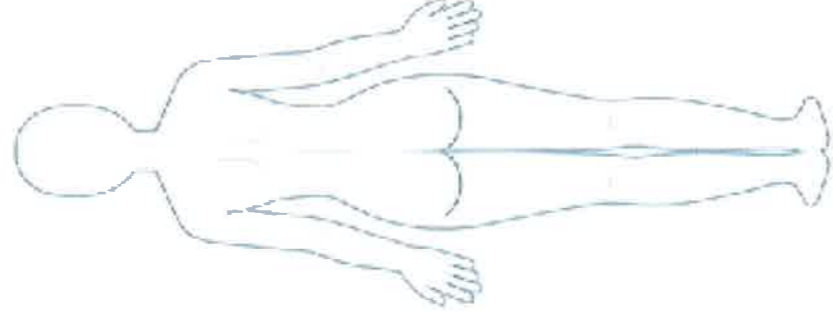
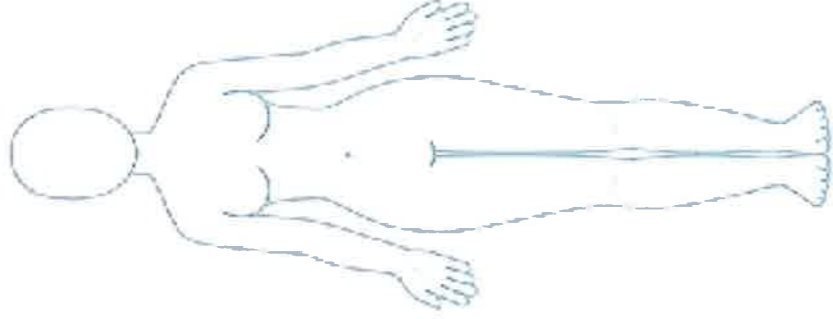
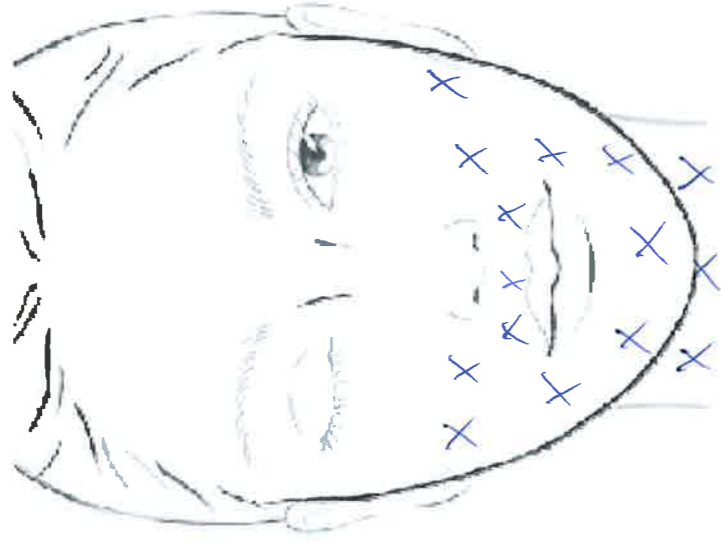


	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	20/9/18	14/11/18	30/12/18	11/2/19	19/3/19	1/5/19
Treatment Area	AS ABOVE	Full body	Face only	Full body	Face 1/2	1/2 FACE, bikini full
Hair Type	DARK, MEDIUM	Dark, Medium	DARK-N/	ALEX 8/11-13	ALEX	ALEX
Mode	DPI	DPI	DPI	8/10ms	8/10	8/10
Fluence	14-16 J/cm ²	18-20 J	20 J SHORT	bikini 10/22	ALEX 20 spot	11/18 (rag)
Pulse Type	CURT	SHORT		spot 20		20 spot
CNT Pulse	2	2 pass 1 par.	2	1:30pm	2:45pm	1
Passes				2:30pm	3pm	
Starting Time	1:20 PM	2:45 PM	12:30 N	2:30 PM		8:19
Finish Time	3:10 PM		12:45 N			8:21h
Post Treatment				Face.	Body	Body

Therapist Name and Signature LUETICIE R BEENA

Lueticie

اسم المريض: Maysa
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم و الموافقة على العلاج: Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 صور قبل العلاج: Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	17/06/19	9/10/19	15/1/20	6/4/20		
Treatment Area	Half-face	Half face	Full body	face, axilla, bikini		
Hair Type	Soft	M	M/S (Alex 16)	Alex 16		
Mode	ALEX	ALEX 20	Face - 10J/15	10/12 ms		
Fluence	8J	9.5-10ms	8/12ms	leg & hands		
Pulse Type				- 13J/10ms		
CNT Pulse				Bikini		
Passes	1	1	Bikini - 2x/22	2x/22 ml		
Starting Time	2:45 pm	2pm	12:50	4pm		
Finish Time	3pm		2pm			
Post Treatment	HRUDOID	Fucient	Hydrocort	Hydrocort		

Therapist Name and Signature



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001289)

Date:20-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 20-09-2018

Cheque No.

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

892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001703)

Date:14-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709

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

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2018

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002131)

Date: 30-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-12-2018

Being

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



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003017)

Date: 19-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709**

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

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

Bank: _____

Date: **19-03-2019**

Cheque No. _____

Being **LHR HALF FACE + 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 : **1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709**

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-003535)

Date: 01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709**

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

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

Bank: _____ Cheque No. _____

Date: **01-05-2019**

Being **FULL FACE PKG 3 SESSION + 1 SESSION BIKINI + 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 : **1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008415)

Date:06-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **06-04-2020**

Be ng **6 sessions bikini face under arms + 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 : 1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007065)

Date: 15-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709**

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

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2020

Being **full body + 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 : **1000972 - MAYSAA MARIE - 971505605709**

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