



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001037

Date: 13/10/2018

Date: 13/10/2018

File Number: 1001037

Patient Name: khalid Al-Balous

اسم المريض:

Date Of Birth: 24/09/1985 Gender: M / F

Marital Status: divorced

Nationality: Saudi Occupation: (الوظيفة):

Address: Al Quan

Phone No. (رقم الهاتف): 0563852972

E-MAIL: anlica8@gmail.com

How did you know about us: from friends

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي ادوية أو تتلقى اي علاجات حديثاً؟	✓	
Corftieroids/immunosuppressant هل تتعاطى اي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضلات القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى اي مبيعات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع الحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	✓	

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.

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 تزييني بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر 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 بكم خيرة المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابراز ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو المساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 قدمت لي تفصي الملف صحيفيا و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتفهم هذا القرار و أن هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقت عليه بكامل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):



Date: ١٥/١٠/٢٠١٨

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , اذخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
15/10/18	1HR FULL BIKINI + BUTT CHECKS (WILL PAY FOR FULL BODY BUT WILL DO ONLY PARTS) REMAINING: FULL LEGS + U. VIP	950	Dr. Marwan Al Tabba
14/10/19	1HR FULL LEGS + U. VIP DONE		
17/11/18	1HR FULL LEGS + U. VIP + BUTT CHECKS + FULL BIKINI	850	
12/1/19	1HR FULL LEGS + BUTT CHECKS, Bikini nipple + UNDERWEAR + NIPPLES		
5/2/19	1HR FULL BODY		
5/3/19	1HR FULL BODY	950	
9-4-19	Full body		
16/5/18	1HR Full leg and bikini		
16/6/18	1HR Full leg & bikini		
29/7/19	1HR Full body		
1-08-019	Facial		
8/9/19	1HR full leg, bikini		
8/10/19	1HR full bikini, arilla		
14/11/19	1HR full bikini 1/6 session		
14/1/20	1HR full bikini 2nd.		
19/2/20	1HR full bikini 3rd		
22/3/20	1HR full bikini 4th		

د. غوران يوشاوفيتش
Dr. GORAN YUSHOVICH
Plastic Surgeon
MOH License No.: 1720
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabba
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabba
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabba
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
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	Lilija Bukovska	IDN:	784198118080914	Mother Name:	
Name (Ar)	ليلى بوكوفسكا	Card Number:	082155845	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	UKR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	أوكرانيا		
Issue Date:	19/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/02/2019	Date of Birth:	24/09/1981	Sponsor Name:	مندق اوان الشارقة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120172007186	Residency Expiry:	15/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/13/2018



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

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"/> شاذرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جيرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الكويتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين اي او منتجات حمض الجايكوليك او الهيدركوينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كمي او ازالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل 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 اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشربك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامله؟ 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

18/10/2018

أقر أنا الإشارة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
الليزر المشفور.
وأفهم 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 اثناء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفق و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكمي و إني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

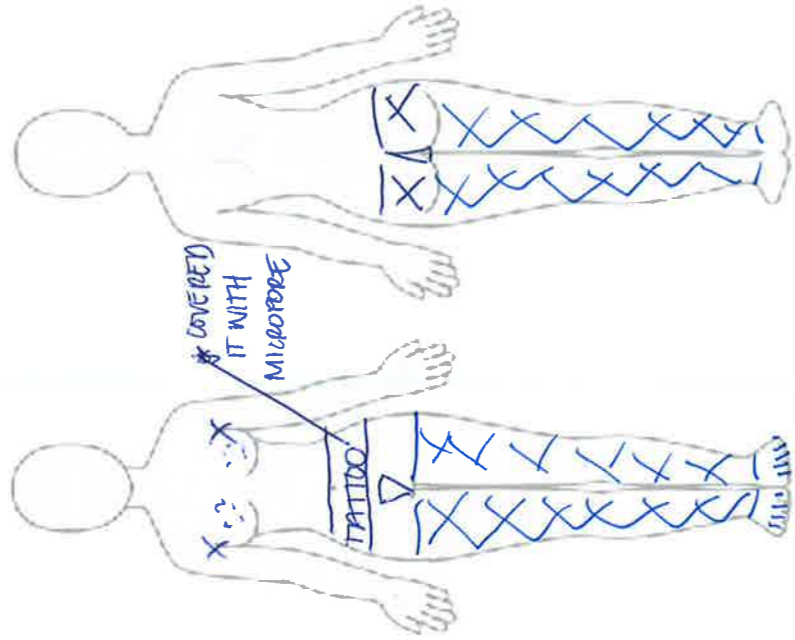
- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التفق قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
- أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فلن 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 ايام بعد العلاج. نفس او زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
- أقر أنه قد أتيت لى الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لى و إني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: hileya Racouae باسم المريض
 File Number: 1001037 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	13/10/18	14/10/18	17/11/18	16/12/18	12/1/19	5/2/19
Treatment Area	Full bikini + Buttholes	Full legs + Full body	AS ABOVE	Full body	Full body	Full body
Hair Type	Dark, coarse	Dark, coarse	Dark	Dark, thick	Medium	Thin
Mode	DP1, FOP	DP1, FOP	DP1, FDP	DP1, FDP	MPX	MPX
Fluence	22J/cm ² , 8J/cm ²	20J/cm ²	22J/cm ² , 7J/cm ²	22J, 16J	6-8J/13	7J/10
Pulse Type	SHORT	BURST	SHORT	SHORT		
CNT Pulse	2, 1	2	2, 1	2	1	1
Starting Time	3:40 PM	12:40	4:10 PM	4:15 PM	4:20 PM	1:30 PM
Finish Time	4:10 PM	1:45	5:20 PM	5:15 PM	5:30 PM	2:40 PM
Post Treatment				Full leg, Bikini Buttholes.	Full leg, Bikini Buttholes.	* UNDERMINA INSTEAD OF BIPS

Therapist Name and Signature BUSSEIE



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001436)

Date:13-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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.

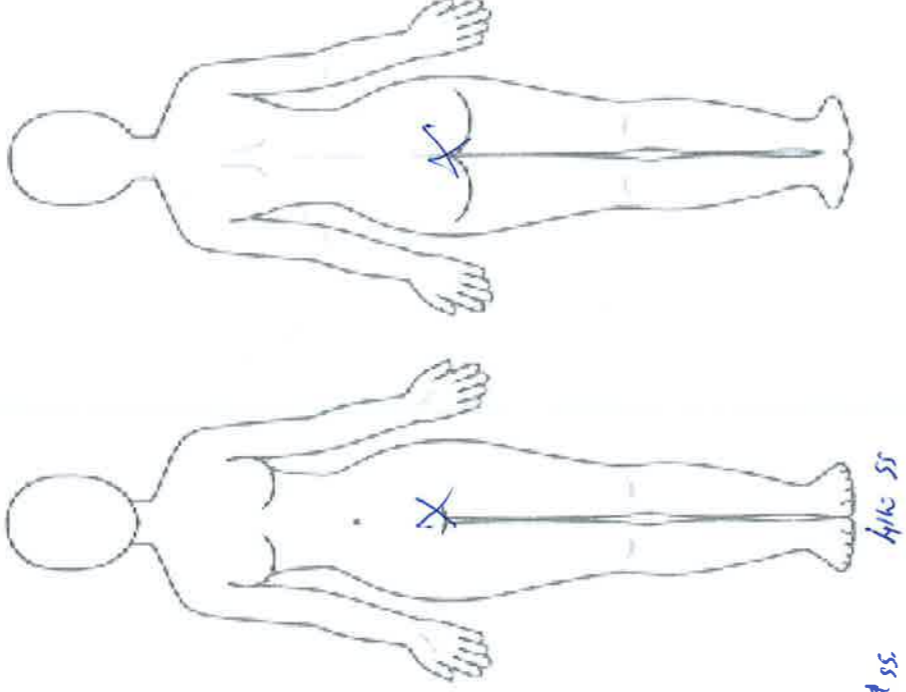
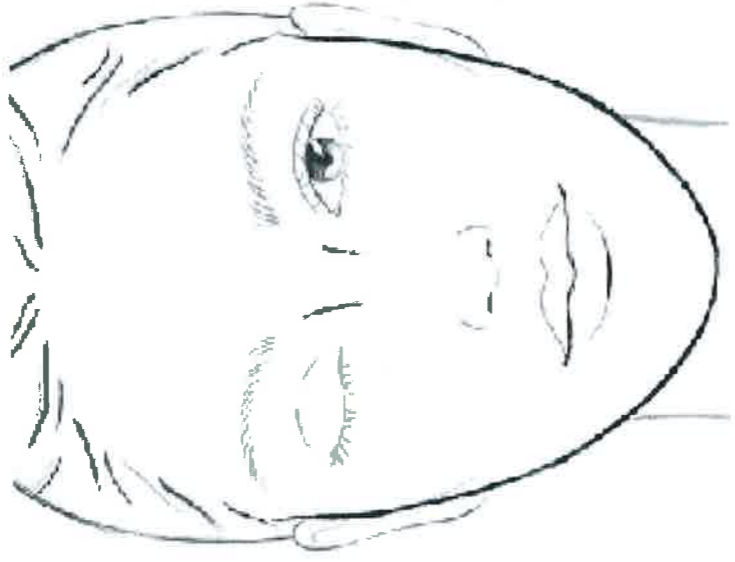
Date: 13-10-2018

Being

Made by Ghada

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

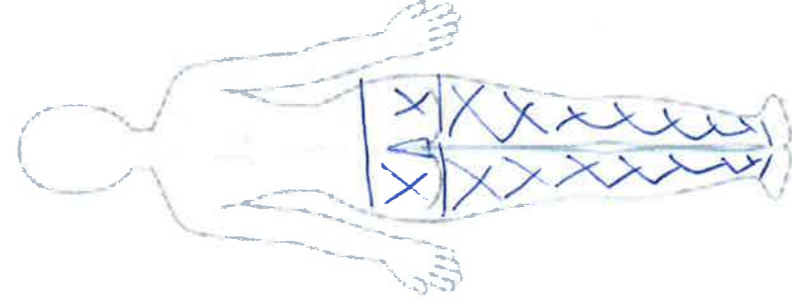
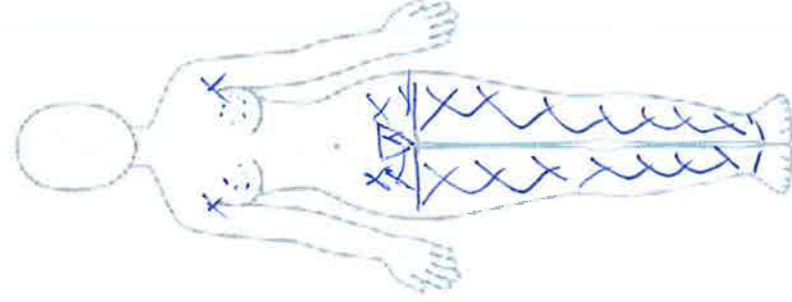
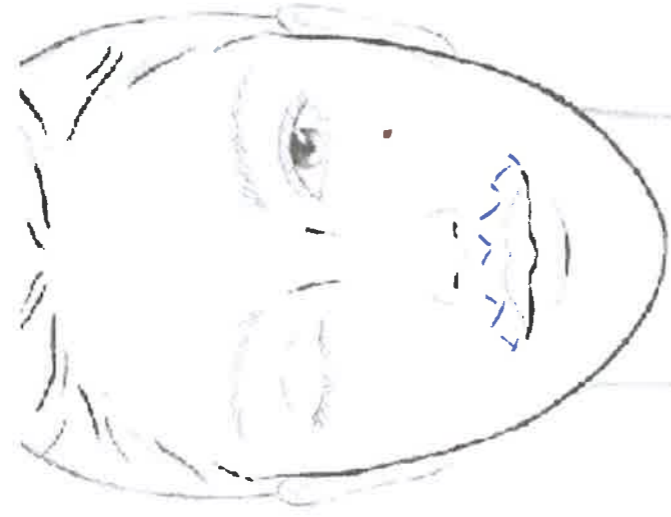
Patient's Name: Kulcya Baborska اسم المريض:
 File Number: 1001034 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Yes Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/11/19	14/1/20	19/2/20	22/3/20		
Treatment Area	Bikini area	Bikini area	Bikini area	Bikini area		
Hair Type	Soft Dark	Soft Dark	Soft MD	Soft B		
Mode	Alex 20	Alex 20	Alex 20	ND YAG 20		
Fluence	8/10-12J	9/10.5	9/10 ms	15J/18ms		
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1 pass		
Starting Time	2pm	3pm	3pm	3pm		
Finish Time	2.30pm	3.30pm	3.45pm	4.00pm		
Post Treatment	2.30pm	3.30pm	3.45pm	4.00pm		
	sunbed	sunbed	sunbed	sunbed		
	sunbed	sunbed	sunbed	sunbed		

Therapist Name and Signature

Patient's Name: هليليا تاسم المريضة
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 1001037 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	5/3/19	9/3/19	16/5/19	15/6/19	30/7/19	8/4/19
Treatment Area	AS ABOVE	GAME	FULL LEG / bikini	Full leg & bikini	Full leg	Full leg bikini/axilla
Hair Type	THIN	THIN	M/THIN	Soft / Dense	bikini	bikini
Mode	MIX	ALEX	ALEX	ALEX	Alex Co2	Alex Co2
Fluence	7.5/10	7/10ms	7/10ms	8/10ms	8/10-12	14/18ms
Pulse Type						
CNT Pulse						18 13ms
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	12:30	1PM	12:45	8PM	3PM	3PM
Finish Time	1:15PM	2PM	12:45	8:30PM	3:45PM	3:45PM
Post Treatment		None	None	None	None	None
Therapist Name and Signature	BESSIE					

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001724)

Date:17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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: 17-11-2018

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

892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001967)

Date: 15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2018

Being

Made by EAFEN

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002291)

Date:12-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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: 12-01-2019

Being

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002544)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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

Bank: Cheque No.

Date: 05-02-2019

Being

Made by **Ghada**

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



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002851)

Date:05-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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

Bank: Cheque No.

Date: **05-03-2019**Being **FULL BODY WITHOUT FRONT AND BACK DEKA**Made by **Rana**

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003282)

Date: 09-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **09-04-2019**

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 : **1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772**

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

www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003693)

Date:16-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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: 16-05-2019

Being **BIKINI FRONT &BACK + FULL LEGS + 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 : 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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-004074)

Date: 16-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 16-06-2019

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 : **1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Date:30-07-2019

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004554)

AED 787.50

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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

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

Bank: Cheque No. Date: 30-07-2019

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 : 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004597)

Date:01-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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: 01-08-2019

Being PRP FACIAL + 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 : 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005024)

Date:08-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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: 08-09-2019

Being FULL BODY + 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 : 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005438)

Date:08-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **08-10-2019**

Being **BIKINI + UNDER ARM + 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 : 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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-005973)

Date:14-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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 : 1001037 - LILIYA bukovska - 971563852772

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