مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة ... إبتسامة ... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 100 1043

Date: 14 / 10 / 15

Date: 14 / 10 / 15

File Number: 1001043

Patient Name: Zena elyasin .... إسم المريض :

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 1998/2 / 29   Gender (الجنس) : M / (F)   Marital Status: (الحالة الاجتماعية) ....

Nationality (الجنسية): Syrian   Occupation (الوظيفة) : Student

Address (العنوان) : sharjah   Phone No. (رقم الهاتف): 050/244.3710

E-MAIL: Zenaelyasin@gmail.com   How did you know about us: my friend

Medical History التاريخ الطبي

Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى اي علاجات حديثا؟		Acncegn
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات او مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	NO	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلأ البسيط	NO	

مـركــز أوركــيــد الـطـبـي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

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 بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.
و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: ....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

....

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/10/18	VHR FACE	200		
8/12/18	LHR 1/2 face			
10/1/19	LHR HALF FACE ALEX 16 SPOT			Bee
11/4/19	LHR H. FACE			Bee
30/5/19	LHR H. Face (Delca)			Bee
11/6/19	LHR half face 74 done			Bee
				Bee
22/7/19	LHR half face (Deka)			Bee

د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
اخصائي - جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220 ترخيص رقم:
Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826 ترخيص رقم:
Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Zena,Azzam,,,Alyassin	**IDN:**	784199863694040	**Mother Name:**	
Name (Ar)	زينه,عزام,,,الياسين	**Card Number:**	077832195	**Mother Name (Ar):**	
Title:		**Nationality:**	SYR	**Family ID:**	
Title(Ar):		**Nationality (Ar):**	سوريا		
Issue Date:	03/04/2016	**Sex:**	F	**Sponsor Type:**	03
Expiry Date:	21/03/2019	**Date of Birth:**	29/12/1998	**Sponsor Name:**	عزام ممدوح الياسين
Marital Status:	01	**Husband IDN:**		**Sponsor Number:**	30536591
Residency Type:	03	**Residency Number:**	20120033063390	**Residency Expiry:**	21/03/2019
ID Type:	IL	**Occupation:**	11	**Occupation Field:**	00

Photo

Signature Image

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Evaluation and consent Form for Laser Hair Removal Treatment استمارة تقييم و اقرار لازالة الشعر بالليزر

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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
☐ Always Burned , little tanned	☐ دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
☐ Always Burned, Never Tanned	☐ دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
☐ Little Burned, Always Tanned	☐ قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
☐ Rarely Burned, Always Tanned	☐ نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلأ 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/ الإيسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydeoquenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهايدروكوينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنتف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير؟ ....
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 وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا باي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?........................	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ ....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I .... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser.
I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair.
I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.
I consent that I got the following precautions:
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.

I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.
Side Effect
side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or It was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature
....

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

أقر أنا .... بقدومي الى مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.
و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر.
و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و النتف و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
أقر بأني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع او النتف قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الاقل.
- الوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الاشخاص الذين تناولوا عقار الاكيوتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

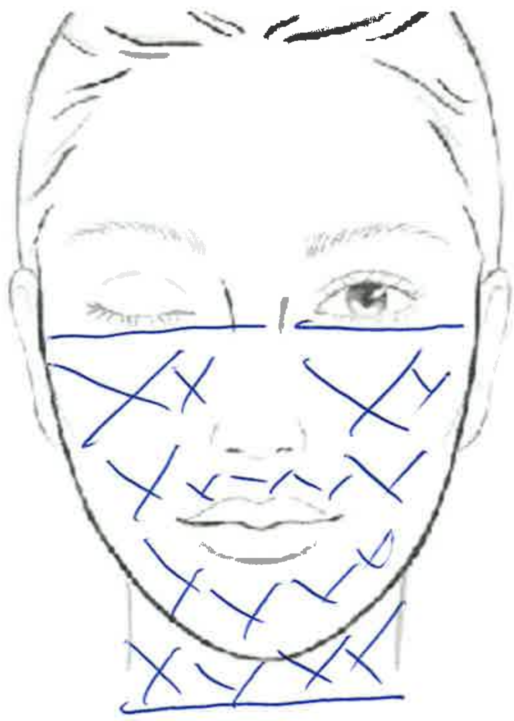
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الاعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص او 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 أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

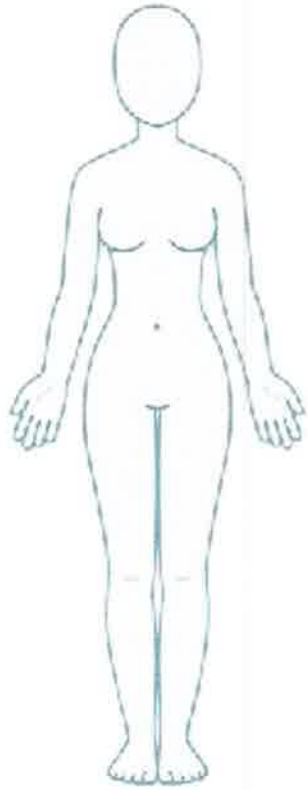
الاسم و التوقيع
....

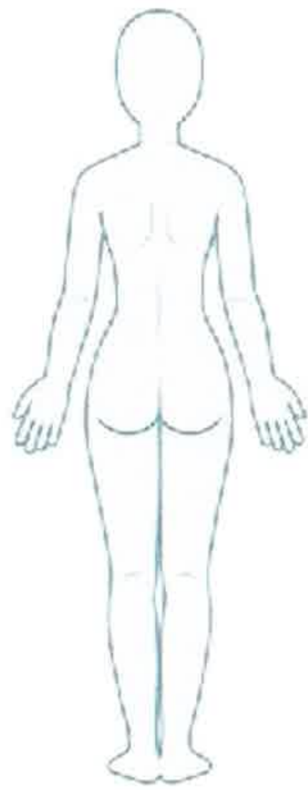
التاريخ
......../ ... / ...

Patient's Name: ZENA AL YASIN	إسم المريض:
File Number: .... رقم الملف	Evaluation and consent form completed? Yes / No
Pain Relief given? Yes / No	Pretreatment photography taken? Yes / No

1001043.







	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/10/18	8/12/18	10/1/19	23/2/19	11/4/19	30/5/19
Treatment Area	FACE	half face	HALF FACE	H. FACE	1/2 FACE	1/2 face
Hair Type	DARK, MEDIUM	Dark Medium	DARK / M.	M/DARK.	M/DARK.	M/Dark
Mode	DPL	Alex	ALEX (16spot)	ALEX 20spot	ALEX 16SPOT	~~Alex~~ ND Yag.
Fluence	20J/cm²	7J/15ms	10J/15ms.	7/12ms.	8J/15ms	16/15ms.
Pulse Type	SHORT					
CNT Pulse						
Passes	✓	1	1			1
Starting Time			12.50N	12.20N	2Pm	
Finish Time			1pm.			4pm.
Post Treatment			Mebo+ Fucicort. Beena	Fucicort. Beena.	Fucicort Beena.	Beena

Therapist Name and Signature ..BESSIE..................

Laser Hair Removal Treatment Log سجل المعالجة لإزالة الشعر بالليزر

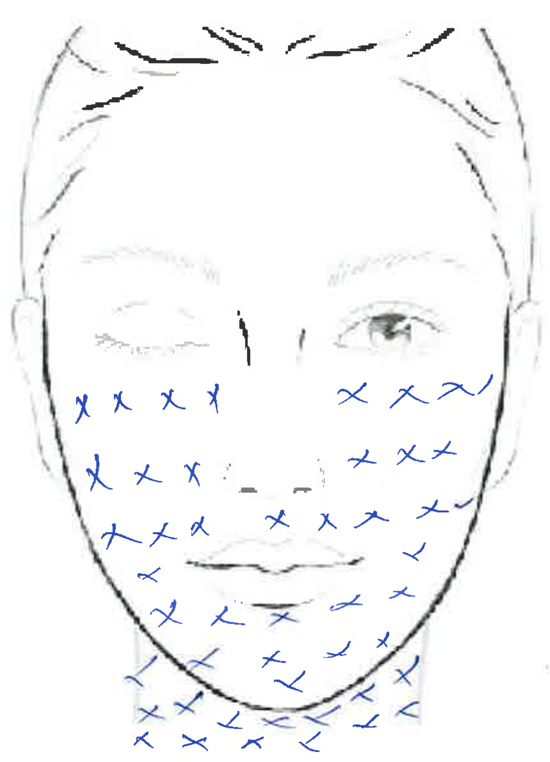
Patient's Name: Zeina d'yasin :إسم المريض

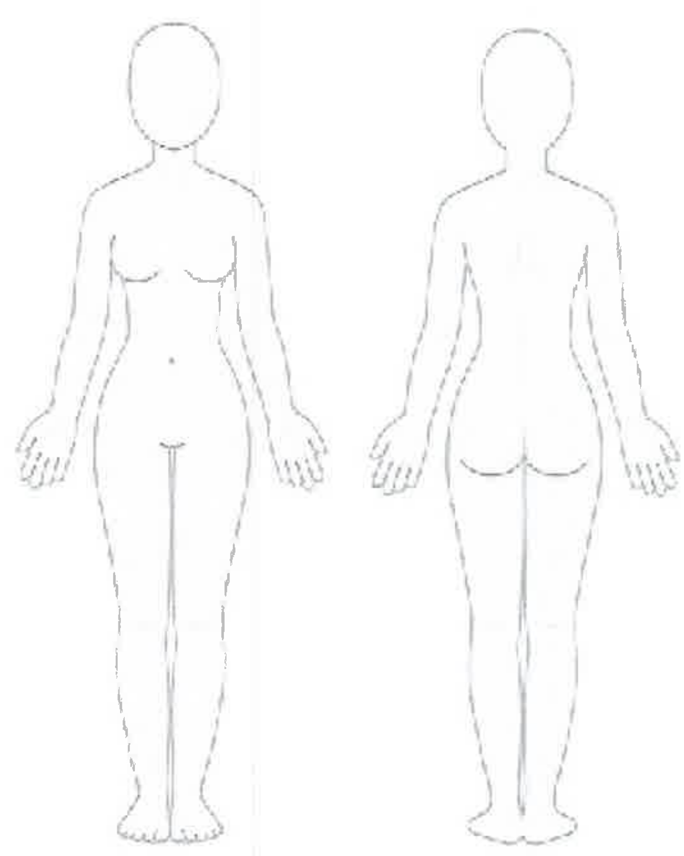
File Number: 1001043 رقم الملف

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	22/7/19					
Treatment Area	1/2 FACE					
Hair Type	H ID					
Mode	ND YAG					
Fluence	17/15ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	2.30 Pm					
Finish Time	2.45 Pm					
Post Treatment						

Fuwalii H

Therapist Name and Signature ....

مـركــز أوركـــيـد الـطـبـي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-001448)** **Date:14-10-2018**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **14-10-2018**

Being

Made by Ghada

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

مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-001912)** **Date:08-12-2018**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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: Cheque No. Date: **08-12-2018**

Being

Made by **Ghada**

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

مـركـــز أوركـــــيـــد الـــطــبــي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-002273)** **Date:10-01-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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: Cheque No. Date: **10-01-2019**

Being

Made by **Ghada**

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

مـركــز أوركـــيــد الــطــبــي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-002730)** **Date:23-02-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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

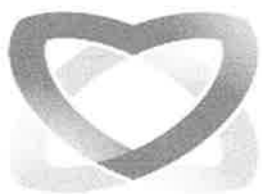
By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **23-02-2019**

Being **half face laser + vat**

Made by **Rana**

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



مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-003307)** **Date:11-04-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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: Cheque No. Date: **11-04-2019**

Being **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 : **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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

مـركـــز أوركـــيــد الــطـبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-003821)** **Date:28-05-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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: Cheque No. Date: **28-05-2019**

Being **HALF FACE + 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 : **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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

مـركــز أوركــيــد الــطــبــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-004469)** **Date:22-07-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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: Cheque No. Date: **22-07-2019**

Being **HALF FACE + 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 : **1001043 - ZENA ALYASIN - 971508443710**

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