



Date: 2018 / 11 / 22
Patient Name: Mahrouyan Korum Zahedi
Date Of Birth: 06/01/1972 Gender: M / F
Nationality: Iran
Address: Sharjah
E-MAIL:
File Number: 1001817
اسم المريض:
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Phone No.: 055.1626586
How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي 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 أو تتعاطى أي مسيلات الدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes	Anemia
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other فرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions HIV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	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 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: ٢٠١٨ / ١١ / ٢١

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصورات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لدي قنحني للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية:		
Medications الأدوية:		
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ائحال المستشفى:		
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Mahrouyan,Karim,,Zahedi	IDN:	784197246309484	Mother Name:	
Name (Ar)	ماهروديان کریم زاهدی	Card Number:	083649140	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوریة ایران الإسلامية		
Issue Date:	28/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	22/05/2020	Date of Birth:	06/01/1972	Sponsor Name:	محمد ابراهیم رسول صدوقیان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	45062819
Residency Type:	03	Residency Number:	20120023030417	Residency Expiry:	22/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

11/21/2018



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الغالب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input checked="" 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 جيرة ؟ 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 الاكيتان/ الايسوتريتينون 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 الجايوكريك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/ No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة 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 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 اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes /No	السيدات 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

Mahroosya

Date

2018 / ١١ / ٢١

أقر أنا بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. واتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأنفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٦-٤ اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو 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 و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الإضطرابات التي تناولها عقار الاكيتان خلال الست اشهر 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 يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى 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.

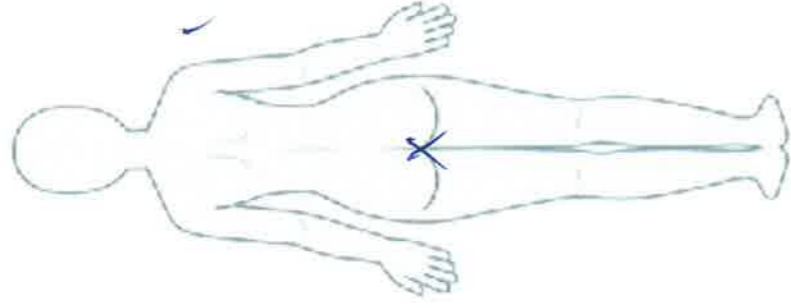
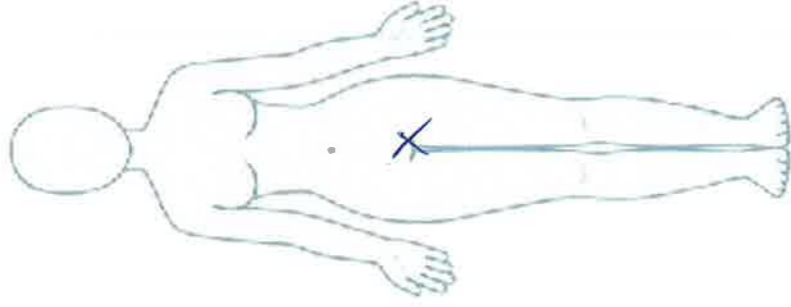
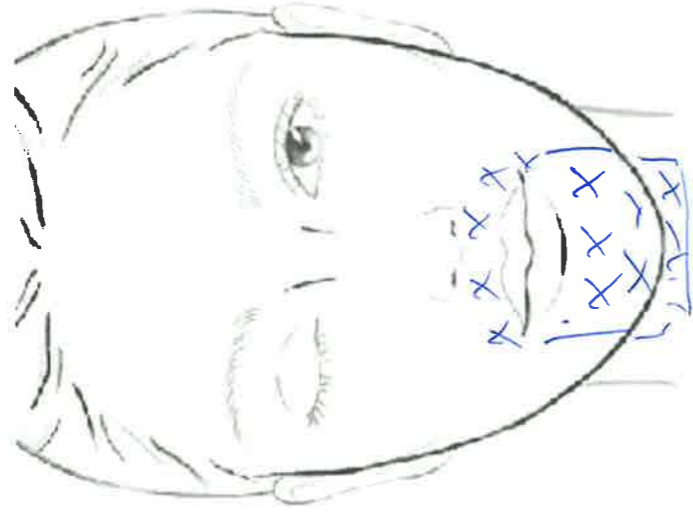
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للإستشارة و توجيه الإسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري، أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: MAROUCA N إسم المريض
 File Number: 1001217 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	21/11/18	9/1/19	17/2/19	15/4/19	20/5/19	19/6/19
Treatment Area	UK, CHIN	UK, CHIN	UK, CHIN	UK, Bikini	Same	Same
Hair Type	Dual coarse	MEDIUM	M	FRONT FACE-ALEX	FACE-ALEX	FACE-ALEX
Mode	ALEX	MEX	ALEX	↓ Bikini - YAG	↓	↓
Fluence	7J/17ms	7J/15	8/13	13/22	7J/12ms	7J/9.5ms
Pulse Type				13/25	7J/12ms	14/25 Bikini
CNT Pulse						14-13 J/23-20
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	6:20pm	10:30am	6:15pm	5pm	3:30pm	6:45pm
Finish Time	6:30pm	10:40am	6:45pm	6:30pm	3:50pm	7:05pm
Post Treatment		FUNCTION	mint	MEBO	MEBO	

Therapist Name and Signature 

1Mahmoud Zahedi

اسم المريض:

Patient's Name:

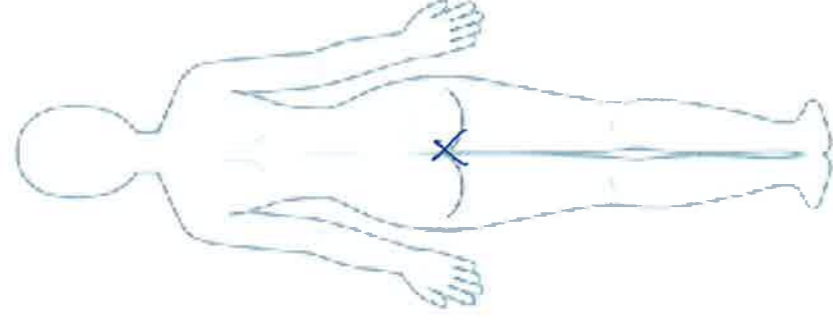
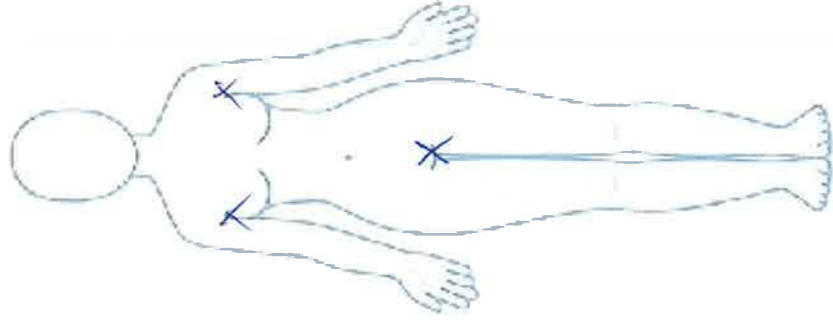
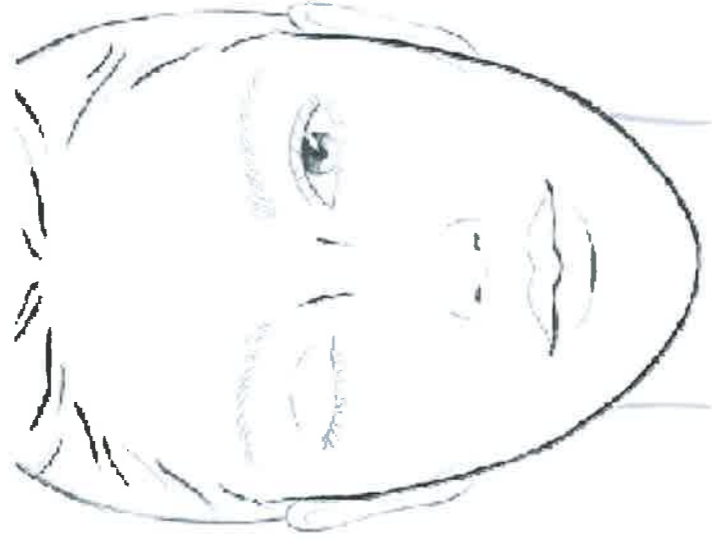
رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

.....

Pretreatment photography taken? Yes / No

1001217



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	18/07/19	7/11/19	30/12/19	20/12/20	25/02/20	
Treatment Area	Bikini	Bikini U-Arms	Same	U-ARMS	Bikini-Front	
Hair Type	Medium Thin M		Thick/Med	M/D		
Mode	NDYAG	ND YAG		ALEX 20	NDYAG: 16	
Fluence	14J/13J	13/18ms	NDYAG: 16	8/13ms	20J/14ms	
Pulse Type	175-15ms		Bikini-20/15			
CNT Pulse	300	1				
Passes	1			1 pass	1 pass	
Starting Time	5:45 pm	2 pm	U A - Alex			
Finish Time	6 pm		8/10 ms			
Post Treatment	MEBO	Himoda	HIZOPOT	Himoda	HIZOPOT	

Paying only for Front Bikini

Therapist Name and Signature



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001760)

Date:21-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-11-2018

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002252)

Date:09-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-01-2019

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002676)

Date:17-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-02-2019

Being chin laser

Made by Rana

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 336.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003364)

Date: 16-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

The sum of Dhs. Three Hundred Thirty-Six Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 336.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-04-2019

Being BIKINI + UPPER LIP + VAT

Made by Super Administrator

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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 336.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003731)

Date:20-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

The sum of Dhs. **Three Hundred Thirty-Six Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **336.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-05-2019

Being

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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 336.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004111)

Date: 19-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

The sum of Dhs. Three Hundred Thirty-Six Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 336.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 19-06-2019

Cheque No.

Being BIKINI FRONT + CHIN & 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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004427)

Date:18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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: 18-07-2019

Being BIKINI FRONT + 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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005876)

Date:07-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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

By Cash 327.50 / By Credit Card 250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-11-2019

Being 1 session bikini + 3 sessions 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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007844)

Date:25-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 262.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-02-2020

Being 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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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-006800)

Date:30-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 262.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-12-2019

Being 1 session 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 : 1001217 - MAHROUYAN ZAHEDI - 971551626586

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