



Date: 28/11/2018

File Number: 1.001260

Patient Name: Nawal Al Hammadi

اسم المريض:

Date Of Birth: 20/8/1978 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): 4:9:4

Phone No. (رقم الهاتف): 0504266342

Address: (العنوان): شارع شمس

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

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	✓	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	✓	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		عملية جراحية
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغلت الدم؟	✓	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓	
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئج للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
	Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	✓	

### 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 إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حائتي 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الالم 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 لي ففصي الملف صحیحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحائتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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 (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية 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 , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Nawal,Ahmed,Jasim,Hassan,Alhammadi	IDN:	784197829437140	Mother Name:	
Name (Ar)	نوال أحمد جاسم حسن الحمادي	Card Number:	086651145	Mother Name (Ar):	101080909
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	11/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	11/12/2027	Date of Birth:	20/08/1978	Sponsor Name:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/28/2018



precisely Kindly Answer the following questions تجرسي الاجابة 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"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
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	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydecoquonon on Site? Yes / No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكويك أو الهيدروكويون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لضوء الشمس لمدة طويلة أو قمت بصبغة تشمير؟ و.لا.م.ب. .... هل استخدمت مستحضرات تشمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently? .....	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> 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 ...../...../.....

أقرأ أنا ..... الطبيب/ الشارحة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأنهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الطسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفتف و الكريمت و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التشمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تشمير 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

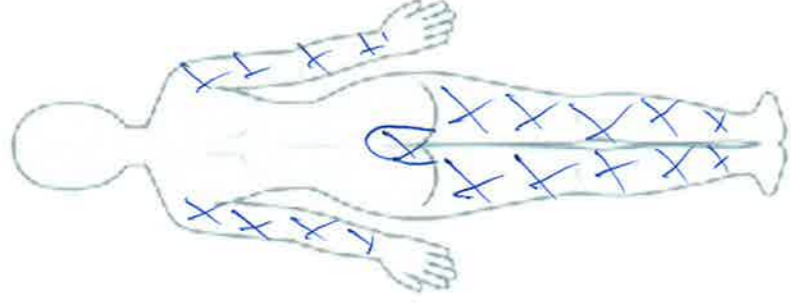
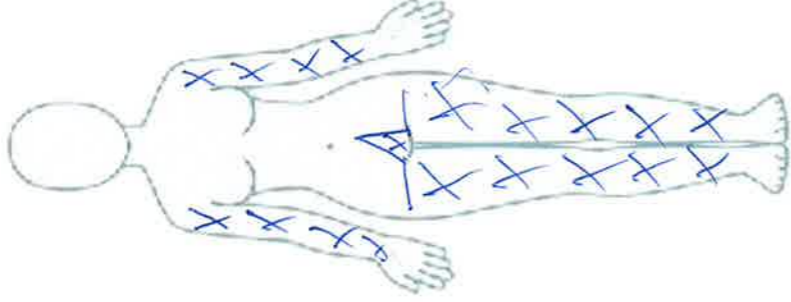
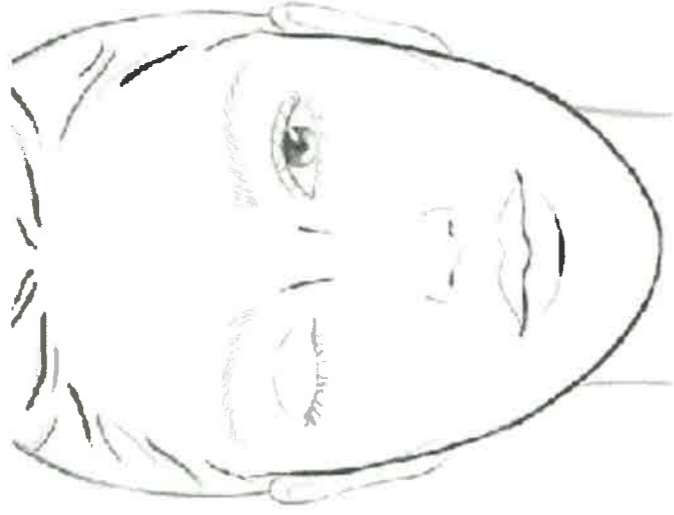
قد تتضمن الأعراض احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته 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: Naval Hamedi إسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No # 1001260 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Prefreatment photography taken? Yes / No Prefreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/11/18	29/12/18	21/1/19	19/3/19	22/3/19	29/09/19
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body
Hair Type	Dark, light	Dark Coarse	MEDIUM	SOFT	M/S   Dark	M/S   Dark
Mode	DPI   FDP	DPI, FDP	ALEX / NDYAG	ALEX	Alex	ALEX
Fluence	20J   5J	20J, 5J	6-7J   5-10J	7-10-12ms	8/10	7J   12ms
Pulse Type		burst, static				
CNT Pulse						
Passes	2 pass	2	1	1	1	Bikin NDYAG
Starting Time	5:00 PM	12:10 AM	1:00 PM	1 PM	2:30 PM	14J   18ms
Finish Time	7:30 PM	2:20 PM	2:15 PM	2:30 PM	3:30 PM	
Post Treatment			BUSKATE	Alex	Bee	

Therapist Name and Signature Naval Hamedi





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,039.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001841)

Date:28-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

The sum of Dhs. One Thousand Thirty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,039.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-11-2018

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

AED 829.50 No: REC-001842  
Date: 28-11-2018

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Twenty Nine and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **829.50** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Date:

Cheque No.

Being **ADVANCE FOR FULL BODY -OFFER 790 DHS- NON REFUNDABLE**

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

829.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002099)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

The sum of Dhs. Eight Hundred Twenty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 829.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

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

829.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002451)

Date:29-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

The sum of Dhs. Eight Hundred Twenty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 829.50

Bank: Cheque No.

Date: 29-01-2019

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,312.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003014)

Date:19-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

The sum of Dhs. One Thousand Three Hundred Twelve Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,312.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-03-2019

Being FULL BODY DEKA + CARBON LASER +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 : 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004150)

Date:23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

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: 23-06-2019

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 : 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 992.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007278)

Date:26-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Two Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 992.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-01-2020

Being 1 session full body + 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 : 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005230)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

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: 28-09-2019

Being FULL BODY + VAT

Made by Rana

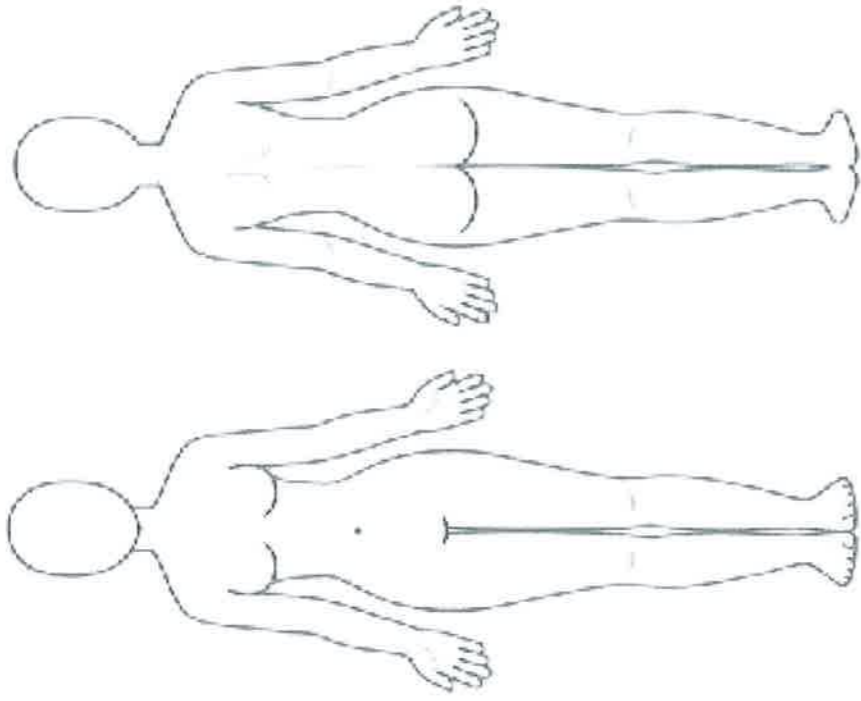
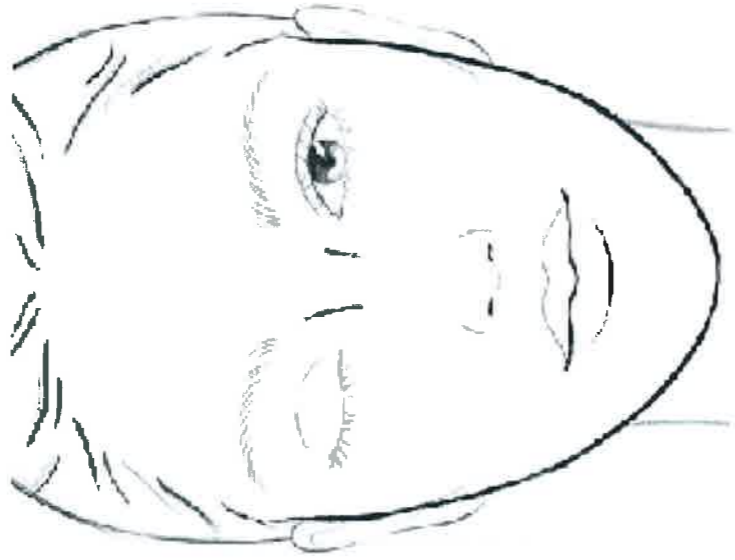
- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001260 - NAWAL AL HAMMADI - 971504266342

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



Patient's Name: Nawal hamedy ..... :اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... :100.126.0  
 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	26/01/20					
Treatment Area	full body					
Hair Type	Med/Soft					
Mode						
Fluence	Alex: 20					
Pulse Type	8J/10ms					
CNT Pulse						
Passes	Bikini-VAG					
Starting Time	1:47-15J/165ms					
Finish Time	1:24 pm					
Post Treatment	1 pm					

Therapist Name and Signature .....

SHARJAH GOVT. EMPLOYEES DISCOUNTS  
مخزونات موظفي حكومة الشارقة

Sharjah Chamber of Commerce & Industry  
مخزونات تجارة وصناعة الشارقة

Walfar ID: 423  
Walfar 09

WAFER CARD PROGRAM

بواسطة برنامج وافر  
بوال احمد جاسم الحساني

GOVERNMENT OF SHARJAH



حكومة الشارقة