



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

2019 2019

Date: ... / ... / ...

Patient Name: Rouhieh Hamza Khazen

File Number: 1001491

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1988 M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): Lebanese

Phone No. (رقم الهاتف): 0506792533

Address (العنوان): Gharjaba

How did you know about us: F.B

E-MAIL: .....

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 تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطت من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نيميا فقر الدم) (سرطان الدم)	نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطت من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	لا	



### 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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكثف 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 بإخضاع كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحفي الملف صحية، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحياتي 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: ... / ... / .....

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General &amp; 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	BALANCE	SIGNATURE
20/1/19	7 LHR FACE (DEKA)			
20/2/19	> LHR FULL BODY			
	6 Session Packag 4900			
	Shared with her Sister file			
	1 Session Done (1605)	2427.50		
	Remewing 5 Session			
20/08/19	FULL BODY- LASER.			
25/11/19	LHR face BODY (VIKINI)			
13/9/19	carbon laser.			
25/05/19	LHR FULL BODY (VIKINI) 4th			
	Balance - 2			
30/5/19	carbon laser			
3/6/19	whething Mask			
26/06/19	LHR FULL BODY (VIKINI) 5th			
	Balance			
25/07/19	LHR Face (DEKA) Pkg - 3.			
	Balance			
	-full body VIKINI Balance - 1			
24/09/19	LHR -full body (VIKINI) -finished			
	-face Package Babo			
3/10/19	LHR - full face. (DEKA)			

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

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

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

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

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





precisely Kindly Answer the following questions

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 جدرية؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهائيديروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات تلوين أو حلاقة؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كنت آخر 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 / 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 للبشرة 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/ 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 ..... بقدمي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفر. وأتفهم 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 أداء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر الحلق والتف و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.  
- الوشم 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  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدث من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

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

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع  
روحية حسنة

التاريخ

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

Roukha

Patient's Name: ..... اسم المريض: Roukha

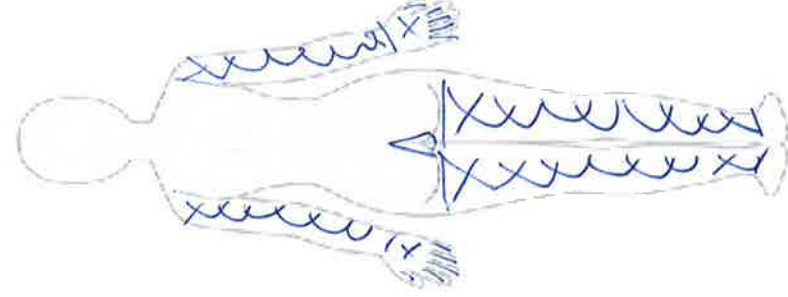
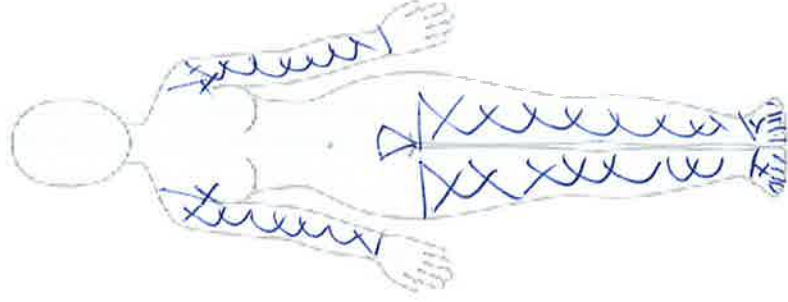
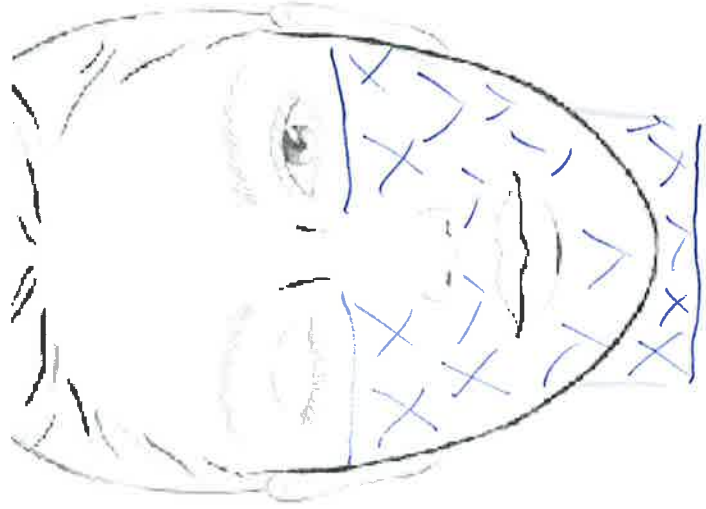
File Number: ..... رقم الملف: 1001492

Pain Relief given? Yes / No ..... تقييم وتخفيف الألم: Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No ..... تصوير المريض قبل العلاج: Yes / No

BODY - VIKINI

FACE - DEKA

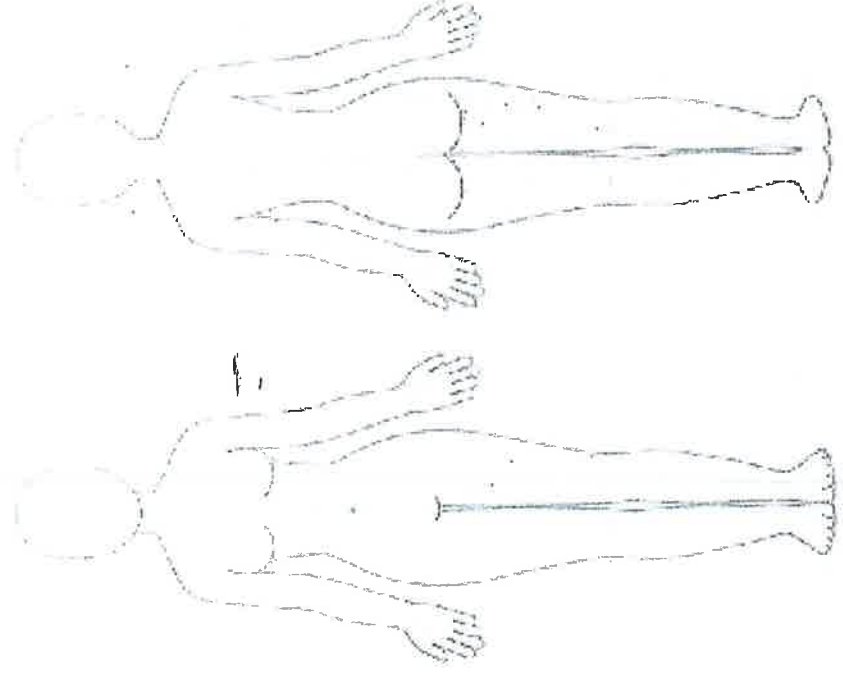
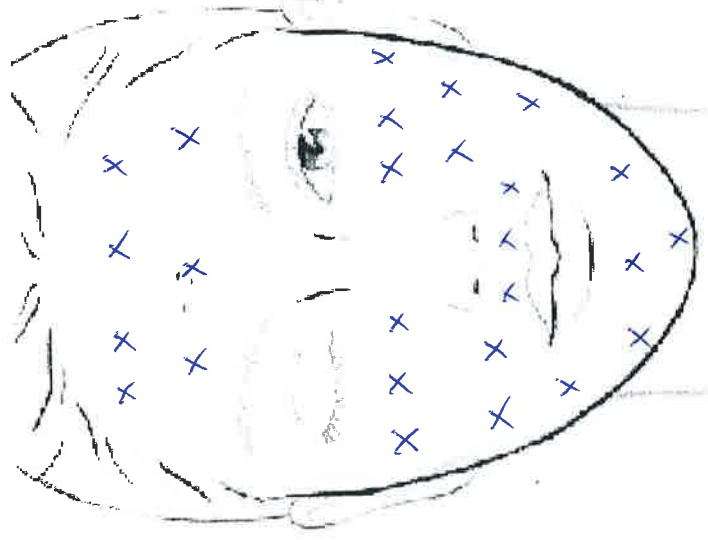


	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	20/1/19	20/2/19	20/03/19	25/4/19	25/05/19	26/06/19
Treatment Area	FACE MEDIUM-DNAK AUX GJ/H-S	Full BODY THICK FACE: ALEX GJ/S BODY: DPI	Full BODY THICK, dark FACE: ALEX BODY: VIKINI	Full BODY Same. THICK (DARK) Same 18J BURST FACE ALEX	Full BODY Same. Same 18J BURST FACE ALEX	Same. Medium. 18J SHORT FACE-ALEX
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	FACE: 1 BODY: 2	FACE: 2 BODY: 13ms	FACE: 2 BODY: 6	FACE: 2 BODY: 6	FACE: 2 BODY: 6
Starting Time	3 PM	10:15 PM 12 MN	3:30 PM 5:00 PM	2 pass.	9:45 PM	1 PM
Finish Time	3:20 PM					
Post Treatment	FLUANN H	FLUANN H BIKINI: GJ/SHORT FDP	MEBO BIKINI: GJ/SHORT FDP	3 PM MEBO	11:10 PM	2:30 PM

Therapist Name and Signature .....  
BESSIE

Patient's Name: Roukieh Hamza  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....

اسم المريض: .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Package - 2

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/07/19	24/09/19	31/10/19			
Treatment Area	Full-face	Full body	full face			
Hair Type	SOH	Medium	soft			
Mode	D'ALEX	DPI/FDP	ALEX			
Fluence	FJ/10ms	18J/SHORT	18/9.5			
Pulse Type		5-6/SHORT	5.5 → 16			
ONT Pulse		face - ALEX				
Passes	1	(pkg-3)	1			
Starting Time	3:30 pm	FJ/10ms				
Finish Time	3:40 pm	5:30 pm	2:30 pm			
Post Treatment	FUCICORT	6:45 pm	2:45 pm			

Therapist Name and Signature .....



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO\*

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	Rouhieh,Hanza,,Khazem	IDN:	784198728406269	Mother Name:	
Name (Ar)	روحية حمزة ،، خازم	Card Number:	088824344	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	29/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/03/2021	Date of Birth:	21/01/1987	Sponsor Name:	طارق حسن فارس
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	31417557
Residency Type:	03	Residency Number:	20120033008341	Residency Expiry:	16/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/20/2019



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002366)

Date: 20-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

The sum of Dhhs. 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: 20-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-002367

RECEIPT VOUCHER

Date: 20-01-2019

AED 315.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE PACKAGE 3 SESSIONS - 1ST SESSION DONE - NON REFUNDABLE**Made by **FATEN**

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

2,427.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002626)

Date:11-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

The sum of Dhs. Two Thousand Four Hundred Twenty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 2,427.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:                      Cheque No.

Date: 11-02-2019

Being SISTERS PKG / 2, WHICH 6 SESSION FOR EACH- FILE # 1605&amp;1492

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

145.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002702)

Date: 20-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

The sum of Dhs. **One Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **145.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-02-2019

Being

Made by **Rana**

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

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003474)

Date: 28-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 735.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No. Date: 28-04-2019

Being PT PAID FOR 3 SESSION 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 : 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003846

Date: 29-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

B g **ADVANCE FOR WHITENING MASK 500 + 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

**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

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003966)

Date:04-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

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

By Cash 325.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-06-2019

Being WHITENING MASK + 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 : 1001492 - ROUHIEH KHAZEM - 971506772533

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