



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 2019 / 2019

File Number: 1001534

Patient Name: Lamah Abdalmanah

اسم المريض: Lamah Abdalmanah

Date Of Birth: 04/01/1999 / Gender: M / F

Marital Status: Married

Nationality: Saudi

Occupation: Nurse

Address: Sharjah

Phone No: 056 4141260

E-MAIL: f.m.steg.com

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 مميغبات الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HSV, HIV...etc	لا

فيسر ية



### 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 يتكثف 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 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات 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 ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحتي للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: 19 / 4 / 20...

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): ٤٨ Kg  
Height (الطول): 156 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 ، الخال 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

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج












Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME: Lama Jaha

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	SIGNATURE
30/01/19	Package 1 year.	
30/01/19	LHR FULL BODY (VIKINI)	
6/3/19	LHR FULL BODY DONE.	
8/4/19	LHR FULL BODY 3rd Session	
15/5/19	LHR FULL BODY 4th Session (VIKINI)	
02/07/19	LHR FULL BODY 5th (VIKINI)	
13/05/19	LHR FULL BODY 6th (VIKINI)	
31/7/19	ACNE Vulgaris + PIH on face 10 - years she uses cleanser + Bioderma p. tetralysal cap 1m	
29/09/19	LHR FULL body (VIKINI)	
10/11/19	LHR FULL body (VIKINI)	
31/12/19	LHR FULL body (VIKINI)	
31/02/20	LHR FULL body (VIKINI)	

PAYMENT BALANCE  
Dr. Goran Jabbour  
Specialist - Plastic Surgeon  
MOH License No.: V226  
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology Specialist  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

Dr. Meesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology Specialist  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

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 الجسدي لفرع 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 , عدمية الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotritonime in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الكويتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroqueonon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلمة تسمير؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبيروتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/>

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 الى مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستقر. وأنهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين تفتح امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قوتها على انهاء الشعر. وأنهم 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 اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اختبرت إزالة الشعر بالليزر. فرباني قد تقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. - يجب تقادي إزالة 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 الكويتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. أنهم أنه يرغب التغيير الذي قد أخطه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة. الأعراض الجانبية

قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام 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 الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار. أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانوني.

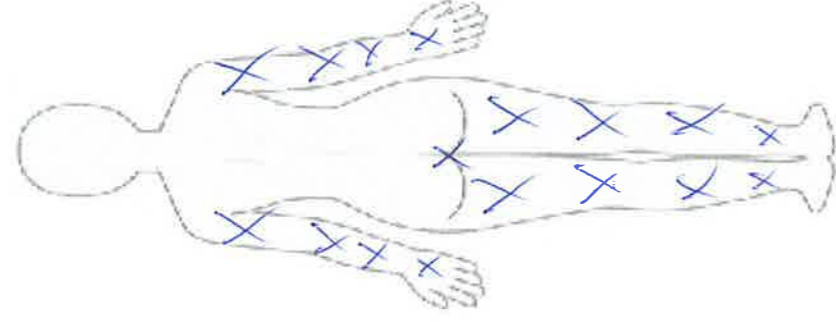
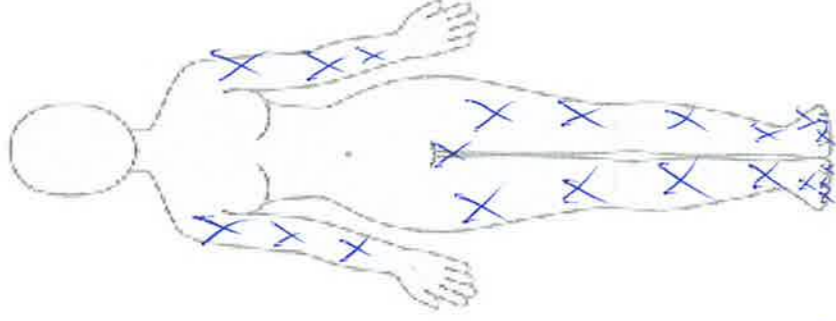
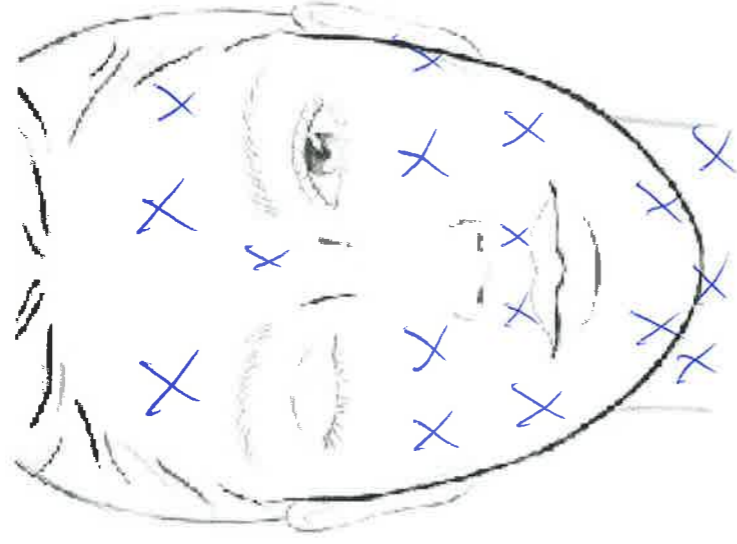
الإسم و التوقيع

التاريخ

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



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



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	GNT Pulse	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
6/3/19	Full Body	VIKINI	Dark, Coarse	DPI/FDP	20-22	22J/6J	2 passes	10:30 AM	12:30 PM	
8/4/19	Same	Same	Thick, medium	Same	SHORT	22-24J/6-7J	2 pass	4:30 PM	6 pm	
15/05/19	Same	Same	Medium	DPI/FDP	SHORT	22-24J/6-7J	2	1:45 pm	3:15 pm	
02/07/19	Same	Same	Medium	DPI/FDP	SHORT	24J/SHORT	2	5:10 pm	6:35 pm	
31/07/19	Same	Same	Soft	DPI/FDP	SHORT	24/SHORT	2	4:50 pm	6:05 pm	

Therapist Name and Signature ..... *Beena* .....



50% 2450

3 Cheques 817

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**

<b>Name</b>	Lamah,Abd Alrahman,Juhaa	<b>IDN:</b>	784199160938629	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar):</b>	لمة عبدالرحمن جوحا	<b>Card Number:</b>	086535328	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SYR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>الجنسية العربية السورية</b>			
<b>Issue Date:</b>	30/11/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	25/11/2019	<b>Date of Birth:</b>	01/01/1991	<b>Sponsor Name:</b>	وائل مصطفى الخراز
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	03645751
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	40120093007271	<b>Residency Expiry:</b>	25/11/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image

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

1/30/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,745.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002456

Date: 30-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001534 - LAMAH JUHAH - 971564141260

The sum of Dhs. Two Thousand Seven Hundred Fourty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,745.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR PACKAGE 1 YEAR - BALANCE 3 CHEQUES EACH 800 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)





فرع عجمان - عجمان

AJMAN  
Pay against this cheque to  
or the Bearer

Date 20/05/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
أول حامله

Dirhams

مركز أوريكيد الطبي  
ثمانمائة درهم فقط لا غير

A.E.D. 800

MR. WAIL MUSTAFA ALKHARRAZ

التوقيع  
Signature

٢٠١٩ ٠٥ ٢٠ ٢٢ ٢٣ ٢٤ ٢٥ ٢٦ ٢٧ ٢٨ ٢٩ ٣٠ ٣١ ٣٢ ٣٣ ٣٤ ٣٥ ٣٦ ٣٧ ٣٨ ٣٩ ٤٠ ٤١ ٤٢ ٤٣ ٤٤ ٤٥ ٤٦ ٤٧ ٤٨ ٤٩ ٥٠ ٥١ ٥٢ ٥٣ ٥٤ ٥٥ ٥٦ ٥٧ ٥٨ ٥٩ ٦٠ ٦١ ٦٢ ٦٣ ٦٤ ٦٥ ٦٦ ٦٧ ٦٨ ٦٩ ٧٠ ٧١ ٧٢ ٧٣ ٧٤ ٧٥ ٧٦ ٧٧ ٧٨ ٧٩ ٨٠ ٨١ ٨٢ ٨٣ ٨٤ ٨٥ ٨٦ ٨٧ ٨٨ ٨٩ ٩٠ ٩١ ٩٢ ٩٣ ٩٤ ٩٥ ٩٦ ٩٧ ٩٨ ٩٩ ١٠٠



فرع عجمان - عجمان

AJMAN  
Pay against this cheque to  
or the Bearer

Date 20/04/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
أول حامله

Dirhams

مركز أوريكيد الطبي  
ثمانمائة درهم فقط لا غير

A.E.D. 800

MR. WAIL MUSTAFA ALKHARRAZ

التوقيع  
Signature

٢٠١٩ ٠٤ ٢٠ ٢١ ٢٢ ٢٣ ٢٤ ٢٥ ٢٦ ٢٧ ٢٨ ٢٩ ٣٠ ٣١ ٣٢ ٣٣ ٣٤ ٣٥ ٣٦ ٣٧ ٣٨ ٣٩ ٤٠ ٤١ ٤٢ ٤٣ ٤٤ ٤٥ ٤٦ ٤٧ ٤٨ ٤٩ ٥٠ ٥١ ٥٢ ٥٣ ٥٤ ٥٥ ٥٦ ٥٧ ٥٨ ٥٩ ٦٠ ٦١ ٦٢ ٦٣ ٦٤ ٦٥ ٦٦ ٦٧ ٦٨ ٦٩ ٧٠ ٧١ ٧٢ ٧٣ ٧٤ ٧٥ ٧٦ ٧٧ ٧٨ ٧٩ ٨٠ ٨١ ٨٢ ٨٣ ٨٤ ٨٥ ٨٦ ٨٧ ٨٨ ٨٩ ٩٠ ٩١ ٩٢ ٩٣ ٩٤ ٩٥ ٩٦ ٩٧ ٩٨ ٩٩ ١٠٠



فرع عجمان - عجمان

AJMAN  
Pay against this cheque to  
or the Bearer

Date 10/05/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
أول حامله

Dirhams

مركز أوريكيد الطبي  
ثمانمائة درهم فقط لا غير

A.E.D. 800

MR. WAIL MUSTAFA ALKHARRAZ

التوقيع  
Signature

٢٠١٩ ٠٥ ١٠ ١١ ١٢ ١٣ ١٤ ١٥ ١٦ ١٧ ١٨ ١٩ ٢٠ ٢١ ٢٢ ٢٣ ٢٤ ٢٥ ٢٦ ٢٧ ٢٨ ٢٩ ٣٠ ٣١ ٣٢ ٣٣ ٣٤ ٣٥ ٣٦ ٣٧ ٣٨ ٣٩ ٤٠ ٤١ ٤٢ ٤٣ ٤٤ ٤٥ ٤٦ ٤٧ ٤٨ ٤٩ ٥٠ ٥١ ٥٢ ٥٣ ٥٤ ٥٥ ٥٦ ٥٧ ٥٨ ٥٩ ٦٠ ٦١ ٦٢ ٦٣ ٦٤ ٦٥ ٦٦ ٦٧ ٦٨ ٦٩ ٧٠ ٧١ ٧٢ ٧٣ ٧٤ ٧٥ ٧٦ ٧٧ ٧٨ ٧٩ ٨٠ ٨١ ٨٢ ٨٣ ٨٤ ٨٥ ٨٦ ٨٧ ٨٨ ٨٩ ٩٠ ٩١ ٩٢ ٩٣ ٩٤ ٩٥ ٩٦ ٩٧ ٩٨ ٩٩ ١٠٠



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,745.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003429)

Date:24-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001534 - LAMAH JUHAH - 971564141260

The sum of Dhs. Two Thousand Seven Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,745.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-04-2019

Being FULL BODY PKG FOR 1 YEAR 12 SESSION + VAT PAID 2745 AND THE REST BY 3 CHEQUES EACH 800 AED

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 : 1001534 - LAMAH JUHAH - 971564141260

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