



File No: 1001740

Date: 10/3/2019

Date: 10/3/2019
File Number: 1001740
Patient Name: Sarmad Fyad Hamed
اسم المريض:
Date Of Birth: 11/09/1988 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single
Nationality: Jordanian Occupation: (الوظيفة): Construction Manager
Phone No. (رقم الهاتف): 566188228
Address (العنوان): Dubai
E-MAIL: Sarmad.ham@hst.mad.ae How did you know about us: Sacred Medical

| 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 حديثة؟ | 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 تعاني من أي أمراض؟ | No | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | No | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | No | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | No | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | No | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | No | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟ | No | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc | 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: ... / ... /

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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 بنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً 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 تقضي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 لدي فتحي للملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 دون السن القانونية):

Samad.Hamed

التاريخ: 13/3/2012

اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs | | | | | |
|------------------------------|-----|------------------------------|----|---------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (الم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (م ضغط الدم): | / | Blood Sugar (م سكر الدم): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Teeth loose out

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال 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

3 mm open bit
Extraction^{4/7} - IPR in lower ant-
Rt. Class II molar - left Class I
Bimaxillary protrusion

Treatment Plan خطة العلاج

have - 022 size

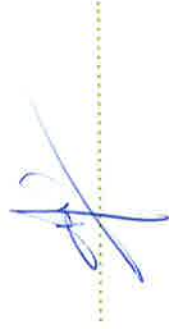
TH plan for 12 months

Every Months She should pay $400 \times 12 = 4800$.

Plan \rightarrow to close space & open bite

(chances of it extraction in future
to close upper space

Doctor's Signature and Stamp



PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-----------|---|---------|---------|-----------|
| 10/3/2019 | She have ceramic braces One month's back Today she came lower IPR & Extracted 7/4 by her Doctor Which is not indicated Rt Molar Class II Light Class I 3mm open bite RC in lower arch by arch in .576 intra 3/3 retraction .57655 with RC in lower arch | 400 | 400 | |
| 1-4-2019 | PT Paid For 1 session Facial 3 session Carbon 1 session gold stamp session on facial. | 770 | 770 | |
| 3-4-19 | | 70 | 70 | |
| 4-4-19 | Carbon Laser | | | |
| 15-4, | Carbon Laser | | | |
| 30/4/2019 | 016x022 upper tooth bentor, lower ant retraction | | | |
| 20-5-19 | Carbon Laser whitening Plan: cheeks filler Botox PRP (7 session) | | | |

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre



PATIENT NAME: Samed

FILE NO#:

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية

| DATE | TREATMENT | PAYMENT |
|------------|--|---------|
| 29/6/19 | whitening Maske | |
| 14.7.19 | gold stamp | |
| 16/09/19 | hair - face body plus (vixim) Pkg - B | |
| 29.09.019 | carbon laser | |
| 12/10/2019 | PRP face (1) next app after 1 month | |
| 02/10/19 | hair - face body plus (vixim) | |
| 27/11/2019 | PRP face (2) next app: 28/12 : PRP | |
| 26/11/19 | LHR full body + (vixim) | |
| 30/12/19 | carbon laser | |
| 07/1/20 | hair - face body plus (vixim) | |
| 11/02/20 | hair - face body plus (Deka) | |
| 17/2/20 | LHR full body + (Deka) | |
| 20/5/20 | hair - face body + (Deka) | |

BALANCE

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

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية

مروان الطباع
Dermatology Specialist
MCH License No: V826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO*

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
 Photograpy False
 Home Address False
 Work Address False

Card Holder Information

| | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Name | Sarmad,Fuad,Ahmad,,Hamed | IDN: | 784198842504841 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | سرمد فواد احمد همد | Card Number: | 088996469 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 09/05/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 05/05/2020 | Date of Birth: | 11/09/1988 | Sponsor Name: | حسن سالمين العقولات البناءش ذ م م |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120182193929 | Residency Expiry: | 05/05/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 02 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

Sarmad . Hamed.

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

3/10/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002909)

Date:10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED 0 - 971506488228

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-03-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + VAT**Made by **Hiba**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003171)

Date:01-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED 0 - 971506488228

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-04-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001740 - SARMED 0 - 971506488228

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 808.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003170

Date: 01-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001740 - SARMED 0 - 971506488228**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **808.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 1 SESSION FACIAL + CARBON LASER 3 SESSION + GOLD STAMP + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,617.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003220)

Date:03-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED 0 - 971506488228

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Seventeen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 808.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 808.50

Bank:

Date: 03-04-2019

Cheque No.

Being PT PAID FOR 1 SESSION FACIAL + 3 SESSION CARBON +1 SESSION GOLD STAMP + 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 : 1001740 - SARMED 0 - 97150648822f

رقب : 0740 500 0007 P : 0740 500 0400
رقب : 0740 500 0007 P : 0740 500 0400



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003506)

Date:30-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-04-2019

Being BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003737)

Date:20-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date: 20-05-2019

Being 3 SESSION 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003825)

Date:28-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **28-05-2019**

Being **braces follow up + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004267)

Date: 01-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

18/07/2019

LASER PACKAGE TERMS AND CONDITIONS

- If patient will cancel appointment or not showing on her appointment session will be considered as used and she will lose it.

- If patient want to delay or cancel session should be informing us minimum before 48 hrs

- Payment will not be refundable or exchangeable if patient did any session or if passed 48 hrs from payment date.

I here by agrees to the above terms and conditions and sign below:

Patient Name: Sarimed

Signature: Sarimed. Hamed



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004426

Date: 18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Be: **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS PKG 4900 + 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.aewww.omc1.ae

Saimad, Hamed
18/07/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004594)

Date: 01-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **420.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 01-08-2019

Cheque No.

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004950)

Date: 02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-09-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004947)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,145.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-09-2019

Being 1 YEAR PKG 12 SESSIONS FULL BODY WITH FRONT AND BACK + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الإجابة 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"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار |
| <input 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 جدره ؟ 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 الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydeoquenon on Site?Yes / No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوتون 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 منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو 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 أي وشوم / 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 أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | لسيدات 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 / 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

... / ... /

سم و التوقيع

تاريخ

... / ... /

أنا أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر بالليزر. أنا أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. أقوم إن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص لاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والشمع والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأني قد تلتفت التعليمات التالية:
يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج، يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم والتاتو والتاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة

يجب إعطاء التاريخ الطبي الكامل ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

لتعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

هم أنه يرغب التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم و

نقعات. وهذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تنوم في حال حدوثها. ويتصح بعدم التعرض لأشعة

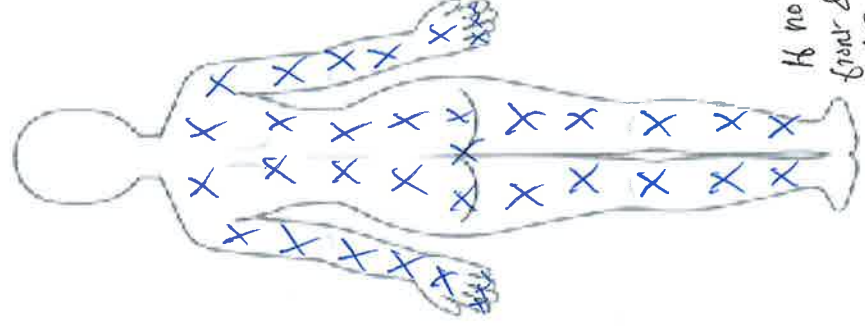
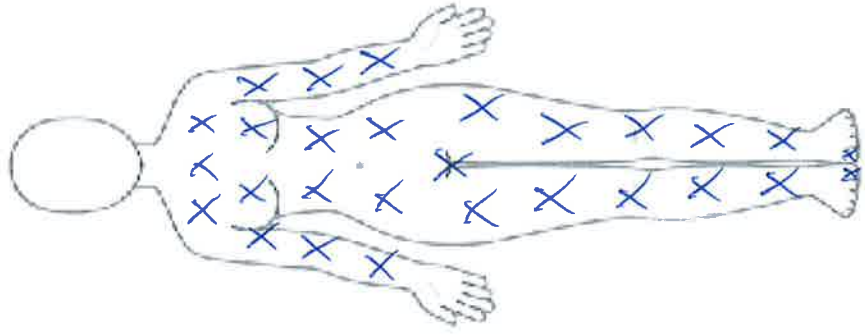
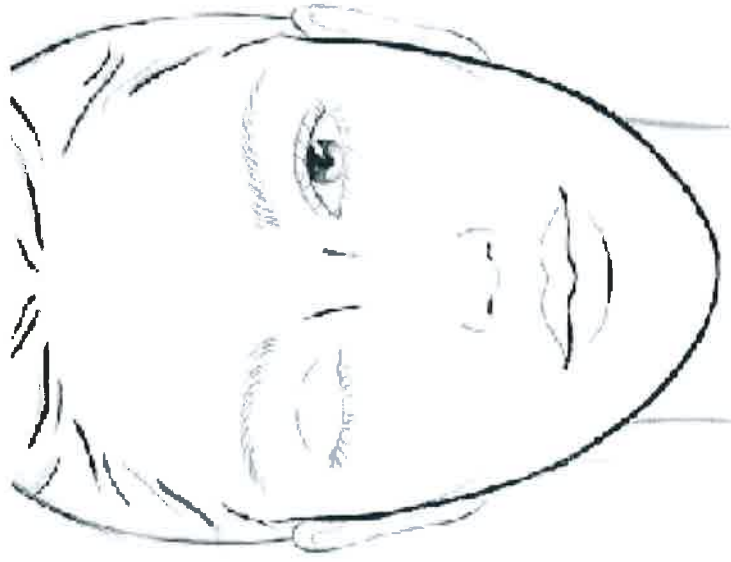
شمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتحدث لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و

تحت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Patient's Name: SARMIAD FCAD اسم المريض
 File Number: 1007740 رقم الملف
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



If no hair v
 front & back
 then give
 5mc more ss. leg.

| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|--------------------|-----------|------------------------------|-----------|-----------------|------------------|
| Treatment Date | 16/09/19 | 22/10/19 | 26/11/19 | 07/01/20 | 11/02/20 | 17/3/20 |
| Treatment Area | Full body + Medium | Same | Same + Med/Dock. this / Med. | Same | Same + | full body + |
| Hair Type | DPI/FDP | DPI/FDP | DPI/FDP | Velux | NDVAGI | ND 7A 4 20 |
| Mode | 20J/SHORT | 22J/SHORT | 24J/SHORT | Velux | U.A-14J/17ms | 16/15ms |
| Fluence | 6-7/SHORT | 6-7/SHORT | 6.5/short | 6:40pm | Body-16J/15ms | Bikini Soft hair |
| Pulse Type | 7:15pm | 7pm | 6:50pm | 6:40pm | Keys-14J/16ms | 16/15ms |
| CNT Pulse | 9pm | 9pm | 8:30pm | 8pm | Bikini-13J/14ms | 1 pass |
| Passes | | | | | 6pm | |
| Starting Time | | | | | 7pm | |
| Finish Time | | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 700.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006812)

Date: 30-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001740 - SARMED FUAD - 971506488228**

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

By Cash **700.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-12-2019

Being **BRACES REMOVED**

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 : **1001740 - SARMED FUAD - 971506488228**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005289

Date: 29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,100.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 4 SESSIONS CARBON 800 + 3 SESSIONS PRP FACE 1650 + VAT 10 % DISCOUNT 1215.25**

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

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

www.omc1.ae

Sarmad Khamis
29/09/2019
Cap. V Discount



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,215.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005514)

Date:12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Fifteen Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,215.25

Bank: Cheque No.

Date: 12-10-2019

Being 4 SESSIONS CARBON 800 + 3 SESSION PRP FOR FACE + VAT 10 % DISCOUNT

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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005515)

Date: 12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred 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 1,100.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-10-2019

Being

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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,215.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005510

Date: 12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Fifteen and Two Five Fils Only

By Cash 1,215.25 / 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:

Paying ADVANCE FOR CARBON AND PRP + 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

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

PRP Treatment Consent Form: الغنى بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities. Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc. ? St Johns Wort, Garlic,

Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

سرور حاتم Samer Hamed

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

التاريخ: 2019 / 12 / 12

وصف العلاج

يقصن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري

تقريباً (11 - 22) مل.

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام

سائل فصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

الانضاراة لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي

المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى التوسخ في منطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الحارة.

موانع العلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الجلدية كسرطانات الخلايا

الحشرية و سرطانات الخلايا القلبية و سرطانات الخلايا المسببة و السرطان

الجلدي و الأمراض الكبدية التي تصيب

الوجه (مثل البرفيريا). أمراض الدم و العزل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم

(مثل الوراثة)

- متلازمة غل الصفيحات الدموية. نقص الحديد في عند الصفائح الدموية. نقص في

فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم. حالات التعفن الدموي. أمراض الكبد المزمنة.

- التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتايفرين و الفيتارين و الستيرويدات و

التايفرين. أو مستحضرات الفم. أو إذا كنت تتناول حاليا (إذلال الأروية غير بيتا

المنشع) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم.

في حالة وجود أحد موانع العلاج انصح بكمما يوصى كتحليله ذلك هنا

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
و أنتهم انه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و مخاطره و مضارته قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أترك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لأعادة النضارة. و أن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أُجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي صممتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألقيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأ استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارائتي.

اسم المريض / التوقيع

سيف حاتم

التاريخ: ٢٠١٩ / ١٠ / ٢٤



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005805)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being braces follow up + 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 :1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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





مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006244)

Date:30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 30-11-2019

Being **braces follow up + vat**

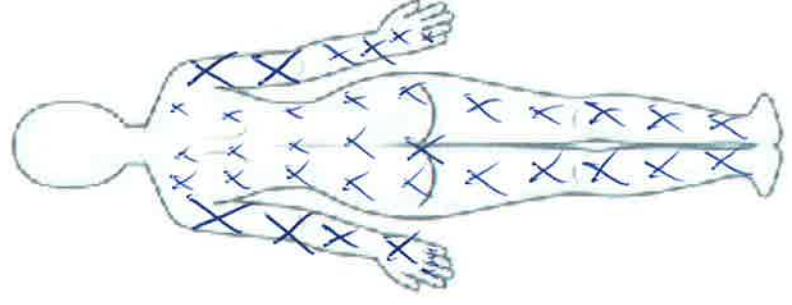
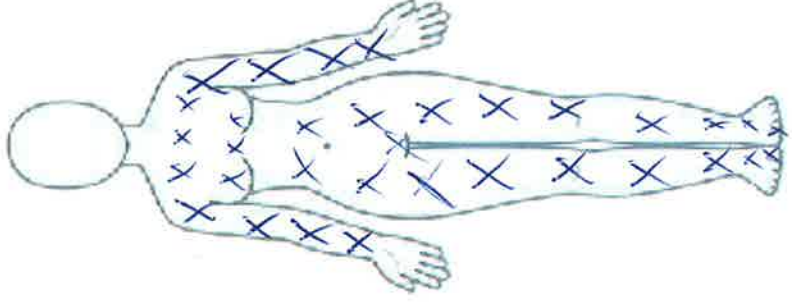
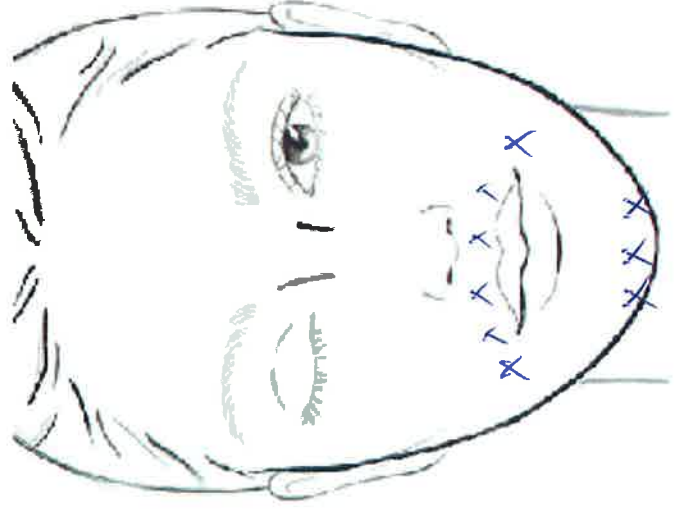
Made by **Rana**

- 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

Patient's Name: Sarameh إسم المريض
 File Number: 1001740 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 | 20/05/20 | | | | | |
| Treatment Area | Full body + | | | | | |
| Hair Type | Soft | | | | | |
| Mode | Alex | | | | | |
| Fluence | 8J/10ms | | | | | |
| Pulse Type | Bipolar-PAG | | | | | |
| CNT Pulse | 157/16.5 | | | | | |
| Passes | HIRUDOID | | | | | |
| Starting Time | | | | | | |
| Finish Time | | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009091)

Date:31-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven 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 367.50

Bank: Cheque No.

Date: 31-05-2020

Being 1 session meso + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008604)

Date: 27-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 27-04-2020

Being THE LAST PAYMENT + 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 : 1001740 - SARMED FUAD - 971506488228

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