



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 24/3/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001807

Patient Name: Fatima Al-Harath

اسم المريض: فاطمة الكارث الحري

Date Of Birth: 1. / 1. / 85 Gender: M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: S.udan Occupation: (الوظيفة):

جنوب
مسنول

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0558800471

E-MAIL:

How did you know about us: كبرالمنت

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي ادوية او تتلقى اي علاجات حديثا؟	لا	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى اي ستيرويدات او مثبطات للمناعة؟	لا	لا
Allergies هل لديك اي حساسية؟	لا	حساسية من الضار
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	لا	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي مبيعات الدم؟	لا	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	لا	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	لا	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	لا	لا
Other conditions هل تعاني من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	لا	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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
- اتفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- اتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أقرض الطبيب المعالج باخذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- اتفهم تماماً 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 كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- اتفهم ان هناك رسوم يحدد الأندى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تخفي الملف صحية 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
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /
عائلة اكارك احر

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Impetigo A.G.A

20/3/2019

lab investigation: N.A.D

using only broline since 1 year

→

Zin 50

Selimum 100

00030ment

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/5/2019	Hair loss Pi Regaine 2% sp4 Blood test (CBC - vit-D, TSH - FT ₃ - FT ₄) PRP (6 session) Procedure done			
17/6/19	Case pressing done			
20/7/2019	PRP Hair (2) P. Biotin			
21/8/2019	PRP (3) next app:			
21/9/2019	PRP (4) next app: 23/10 : PRP P. M. Glorion complex			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: ٧826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: ٧826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: ٧826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: ٧826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: ٧826
Orchid Medical Centre

اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

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, /pofibrinogenaemia, 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

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

التاريخ: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي

تقريبا (١١ - ٢٢) مل.

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

مسائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

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

التنشيط 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 المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمية اذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخبز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

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

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا

الرشحية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغوية و السرطان

الجهازية و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب

الوجه (مثل البروفيريا)، امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم

(مثال: الوارفارين)

- متكررة خلال الصفائح الدموية، القصور الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في

فيرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن المومي، امراض الكبد المزمنة،

التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرين و الفلارين و اليكوفيناك و

التايفوكسين، او مستحضرات التجم. او اذا كنت تتناول حاليًا (خلال الاربعة عشر يوما

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

في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا



PPR Treatment Consent Form اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

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 implications 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:

اسم المريض / التوقيع
fatima

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 مناعفه و مضاره 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.

أدرك 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 لإعادة النضارة. و ان هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و ان جميع اسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و ان جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

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

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارادتي.

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Fatima,Alharith,Ahmed,,Osman	IDN:	784198560686192	Mother Name:	
Name (Ar)	فطمه،الحرث،احمد،وسمان	Card Number:	082378187	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	05/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	01/03/2019	Date of Birth:	01/01/1985	Sponsor Name:	علاءالدين عثمان الفكي محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	04895156
Residency Type:	03	Residency Number:	30120053003558	Residency Expiry:	01/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

فطمه الحرث احمد

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

3/24/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003065)

Date:24-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-03-2019

Being CONSULTATION + 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 : 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,465.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003817)

Date:28-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

The sum of Dhs. Three Thousand Four Hundred Sixty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,465.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-05-2019

Being 6 SESSION PRP PKG (550 X 6)FIRST SESSION DONE ON 27.05.2019

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 : 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

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

استمارة الموافقة على التلقيح

اسم العيادة: _____

عنوان العيادة: _____

اسم المريض: _____

تاريخ الميلاد:/...../.... إذا كان اقل من 24 شهراً، هل قاموا بإخذ جرعات التطعيم [نعم] [لا]

عنوان المريض: _____

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم التقييم

رمز المنتج

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم

رقم التقييم



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006105)

Date: 23-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471**

The sum of Dhs. **Five Hundred Seventy-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 **577.50**

Bank: Cheque No. Date: 23-11-2019

Being **PRP FOR FACE + 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 : **1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004087)

Date: 17-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____

Date: 17-06-2019

Cheque No. _____

Being **EAR PIERCING + 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 : 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,732.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005628

Date: 23-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471**

The sum of Dhs. **One Thousand Seven Hundred Thirty Two and Five Fils Only**

By Cash **1,732.50** / 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: _____

Payment: **ADVANCE FOR 3 SESSIONS PRP FACE + 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 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005629)

Date:23-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-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 577.50

Bank: Cheque No.

Date: 23-10-2019

Being 1 SESSION PRP FACE + VAT FROM PKG

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 : 1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006715)

Date:25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471**

The sum of Dhs. **Five Hundred Seventy-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 **577.50**

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2019

Being **prp face + 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 : **1001807 - FATIMA ALHARITH - 971558800471**

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